

**ATIVIDADE FÍSICA E ESQUIZOFRENIA: PERCEPÇÃO DOS PAIS OU
RESPONSÁVEIS**

por

Rosangela Sloboda

Dissertação apresentada ao Colegiado de Curso de Mestrado em Educação Física, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Florianópolis - SC

Setembro, 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL

A Dissertação: **ATIVIDADE FÍSICA E ESQUIZOFRENIA: PERCEPÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS**

Elaborada por: **ROSANGELA SLOBODA**

E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Colegiado do Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Área de Concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde

Data: 07 de outubro de 2002

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes (Orientador)

Prof. Dr. Renato Shoei Yonamine

Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento

MENSAGEM

“Se você perdeu dinheiro, você perdeu pouco”;

se você perdeu a saúde, você perdeu muito;

mas se você perdeu o interesse pela vida,

você perdeu tudo”

Adaptado de Klaus Albin Konrad Foerster

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a pessoas muito especiais:

Ao meu adorado filho “**Fernando Magno**”, que me fez acreditar, que não existe doença mais terrível e incurável que o amor não possa remediar.

À minha querida filha “**Schanna**”, que em muitos momentos de desespero e indecisão, soube trocar de lugar comigo, como se eu fosse a filha e ela a mãe, dispensando-me seu carinho e dedicação.

À minha “**Família**”, que não só compreendeu o motivo da minha ausência até o momento, mas que também, num esforço descomunal, tomou para si a tarefa dos cuidados com o meu filho, que justamente desta vez, experienciou a internação mais longa da sua vida, aproximadamente quatro meses.

E a “**Todos os familiares Esquizofrênicos**” juntamente com seus “**Pais ou Responsáveis**” que muito contribuíram para a realização deste trabalho. Mesmo nos momentos mais difíceis de enfrentamento de algumas crises, compareceram, opinaram, desabafaram, revelaram seus anseios e declararam seu amor e dedicação ao seu familiar esquizofrênico.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me conceder muito mais do que eu mereço.

À minha **Família**, por aceitar todas as minhas escolhas e invariavelmente continuar me amando.

Ao meu estimado amigo e orientador **Prof. Dr. Adair da Silva Lopes**, que com sua competência e dedicação tão prontamente me auxiliou em todas as etapas deste trabalho, tornando possível a sua concretização.

A todos os **Professores** do Curso de Mestrado em Educação Física, que de maneira eficaz, contribuíram através de suas disciplinas específicas no meu aprimoramento profissional e científico. Em especial ao Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento que, juntamente com o meu orientador, foram os primeiros amigos e grandes incentivadores para que eu realizasse o Curso de Mestrado em Educação Física.

Aos membros da banca examinadora, pelo tempo dedicado à leitura e correção do trabalho, juntamente com o **Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias**, que se revelou uma pessoa extremamente sensível à causa dos indivíduos com deficiência mental, auxiliando na coleta de artigos imprescindíveis para a revisão de literatura. Sempre com sua ajuda desinteressada e preciosa, que só fez crescer o meu apreço.

Aos **Colegas** do Curso de Mestrado em Educação Física, que compartilharam as aulas, alguns trabalhos em equipe, momentos de descontração, alegria e contribuíram para o alargamento do laço de amizade pessoal e profissional. Especialmente aos amigos, sempre presentes, Prof. Arthur Novaes e Ivo da Silva. À **Universidade Regional de Blumenau**, com seu prestimoso apoio, tanto na área financeira como na liberação das aulas do Curso para dedicação nos estudos. E principalmente aos colegas que tanto colaboraram, dispensando sua atenção em todos os momentos desta jornada, Prof. Ms. Luiz Francisco Reis, Prof. Ms. Sidirley de Jesus Barreto, Fernando do Nascimento.

A **Izalde Regalin**, Coordenadora do CAPS, que tão gentilmente disponibilizou o acesso aos arquivos de prontuários dos pacientes e instalações do CAPS para a efetivação da pesquisa. Agradeço também, aos amigos dedicados: **Ivani Roncato** (enfermeira do CAPS) e **André Rodrigo de Souza** (estagiário de Administração), que nunca se cansaram de prestar auxílio, contribuindo de forma decisiva na fase da coleta de dados. Ao **Dr. Eric Haas** (médico psiquiatra); **Eileen Valery Dietrichkeit** (farmacêutica bioquímica); **Cleonice Aparecida Goetten** (operadora de Serviços Administrativos); **Sirlene Ortiz dos Santos** (auxiliar de enfermagem) e demais funcionários que muito pacientemente compartilharam seu espaço de trabalho.

À Diretora da E.B.M. Tiradentes, Profª . Rita de Cássia Negrinho, que com sua amizade e compreensão soube o tempo todo administrar as minhas ausências, me ajudando em algumas trocas de aulas, a tornar possível a concretização deste trabalho.

À minha amiga especial, Ana Lúcia da Rosa que com seu carinho e atenção, mesmo breves, alegraram muitos momentos preocupantes desta jornada.

RESUMO

ATIVIDADE FÍSICA E ESQUIZOFRENIA: PERCEPÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Autora: Rosangela Sloboda

Orientador: Prof. Dr. Adair da Silva Lopes

O tratamento contínuo, para a maioria dos indivíduos esquizofrênicos, ocorre na comunidade e não no hospital como era de se esperar. Por isso, os familiares esquizofrênicos (FEs) por sofrerem prejuízos de moderado a grave na inserção social durante a fase estável do transtorno, necessitam de intervenções integradas. Uma prática comum tem sido a busca por agentes da comunidade ou elementos que coordenam programas terapêuticos. Entretanto, o que se observa é que essas pessoas não recebem os devidos cuidados. Os cuidados que os pacientes com esquizofrenia necessitam podem advir de diversos contextos. A prática de atividade física se constitui em um meio já consagrado por inúmeras pesquisas, como agente de promoção da saúde. Este estudo buscou investigar a prática da atividade física no cotidiano do familiar esquizofrênico, considerando a percepção dos pais ou responsáveis. A amostra foi constituída de 75 familiares esquizofrênicos (46 homens e 29 mulheres), com idades entre 13 e 66 anos. Na coleta de dados utilizou-se uma entrevista, tendo como informantes os pais ou responsáveis pelos FEs. No tratamento estatístico utilizou-se a análise descritiva (distribuição em freqüências e percentagens) e medidas de associação qui-quadrado (χ^2). De modo geral, os resultados permitem concluir que: a amostra estudada 81,4%, pertence às classes sociais de níveis C e D. E o grau de instrução mais freqüente tanto dos informantes como dos familiares esquizofrênicos é o Ensino Fundamental Incompleto. A pessoa que menos se ausentava da companhia do familiar esquizofrênico foi a mãe. E a média de idade encontrada para o sexo masculino foi de 35,69 anos e para o sexo feminino foi de 37,10 anos. A freqüência de crises de esquizofrenia anual, foi mais acentuada dos 22 aos 30 anos de idade. De acordo com a amostra estudada, 74,7%, não

praticava atividade física, e 25,3%, praticava entre outras atividades físicas, a caminhada. Em relação à ocupação do tempo livre, os FEs utilizavam somente uma pequena parte do tempo para assistir televisão e para quase todas as outras atividades diárias eles não gastavam nenhum tempo, ficando todo tempo ocioso. Quanto às estratégias mais utilizadas pelos pais ou responsáveis para incentivar ou promover a prática de atividade física, a maioria tentava engajar seu familiar esquizofrênico em algum tipo de prática de atividade física. Sugere-se a implantação de programas de atividade física com profissionais capacitados para atuarem junto à área de Saúde Mental.

Palavras-chave: Prática, atividade física, esquizofrenia.

ABSTRACT

PHYSICAL ACTIVITIES AND SCHIZOPHRENIA: PERCEPTION OF PARENTS AND RESPONSIBLE PERSONS

Author: Rosangela Sloboda
Advisor: Prof. Dr. Adair da Silva Lopes

The continuous treatment for most of the schizophrenic individuals occurs in the community, and not in hospitals as it would be expected. Therefore, schizophrenic family members (FMs), for suffering moderate to severe impairments in the social insertion during the stable phase of the adversity, need integrated interventions. Soliciting community agents or elements that coordinate therapeutic programs has been a common practice. It was observed, however, that those people do not receive the appropriate care. The needed attention by schizophrenic patients need may come from various sources. The practice of physical activities constitutes a means already renowned by countless researches as being a health promoting agent. This study has investigated the practice of physical activities in the everyday life of schizophrenic individuals, considering the parents' or responsible persons' perception. The sample was constituted of 75 schizophrenic family members (46 men and 20 women) with ages between 13 and 66 years. An interview was used for the data collection, with the FMs' parents or responsible persons being the informants. The descriptive analysis (frequency and percentage distribution) and Qui-Square (χ^2) association measures were utilized in the statistical treatment. In a general way, the results allow to conclude that: the sample belongs to the low and medium-low social classes (81,4%) and the most frequent education level, of both the informants and the schizophrenic family members, was elementary school level. The least absent person with respect to the schizophrenic family member is the mother. And the average age found for males was of 35.69 years and for females, 37.10 years. The frequency of crises was more accentuated in the age between 22 and 30 years. In this sample, 74.7% were inactive and 25.3% practiced jogging, among other physical activities. With

regard to the leisure time occupation the FMs utilize only a small part of the time to watch television and they didn't spend any time with almost all of the other daily activities. Referring to the strategies most frequently used by parents and responsible persons to stimulate or promote physical activities, most people try to engage their schizophrenic family member in some kind of physical activity practices or eventually give up, after several tentatives. It is suggested to establish physical activity programs with professionals who are qualified to act in the Mental Health field.

Key-words: Practice, physical activities, schizophrenia.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE TABELAS.....	xvi
LISTA DE QUADROS.....	xvii

Capítulo

I. INTRODUÇÃO.....	1
--------------------	---

O problema e sua importância
Objetivos: geral e específicos
Delimitação do estudo
Definição de termos

II. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
--------------------------------	---

Características da esquizofrenia
Características da família e do familiar esquizofrênico
Intervenções familiares
Esquizofrenia e atividade física

III. METODOLOGIA.....	27
-----------------------	----

Características da Pesquisa
População e Amostra
Instrumentos de Pesquisa
Coleta de Dados
Tratamento Estatístico e Análise dos Dados
Limitações do Estudo

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
Apresentação e Análise dos Dados da Entrevista	
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	93

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
1. Dados de identificação dos respondentes	94
2. Dados de identificação do familiar esquizofrênico.....	96
3. Roteiro de entrevista com os Pais ou Responsáveis	98
4. Critérios de classificação Econômica Brasil, ABA/ANEP – ABIPEME.....	105
5. Autorização para a divulgação do nome e imagem dos participantes da pesquisa	107
6. Parecer consubstanciado Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Freqüência das relações de parentesco entre o informante e o familiar esquizofrênico.....	33
2.	Grau de instrução dos informantes (Pais ou Rresponsáveis).....	34
3.	Classificação do nível socioeconômico dos informantes (pais ou responsáveis).....	35
4.	Tempo de afastamento dos pais ou responsáveis.....	36
5.	A relação com o FE e o tempo de afastamento do FE.....	36
6.	Quantidade de FEs por sexo e faixa etária.....	38
7.	Estado civil dos FEs.....	39
8.	Caracterização da amostra de acordo com quem o FE morava.....	40
9.	Caracterização da amostra de acordo com o grau de instrução do FE.....	42
10.	Freqüência geral de crises de esquizofrenia.....	46
11.	Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 13 aos 17 anos classificados por sexo.....	47
12.	Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 18 aos 21 anos classificados por sexo.....	48
13.	Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 22 aos 30 anos classificados por sexo.....	48
14.	Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 31 aos 40 anos classificados por sexo.....	49
15.	Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 41 aos 50 anos classificados por sexo.....	49
16.	O FE e a prática de atividade física.....	51
17.	Tipo de atividade física que o FE praticava regularmente.....	52
18.	Tipos de atividades esportivas praticava pelo FE.....	53
19.	Freqüência das atividades físicas praticadas pelo FE.....	56
20.	A prática de atividade física do FE e com quem praticava.....	58

21. Locais de prática de atividade física do FE.....	59
22. Os períodos do dia e a prática de atividade física do FE.....	61
23. Condições de infra-estrutura que ocorriam a prática de atividades domésticas, laborais e esportivas.....	62
24. Disponibilidade do tempo livre em horas/livre do FE.....	63
25. Atividades físicas sedentárias.....	66
26. Quem falou sobre a importância da atividade física.....	69
27. Quem falou e o que falou sobre a importância da atividade física.....	70
28. Percentual dos Pais ou Responsáveis que acreditavam ou não na importância da atividade física para o FE.....	71
29. Ações efetuadas no passado referente à prática de atividade física.....	71
30. Estratégias que funcionaram ou não até o momento.....	72
31. O que os Pais ou Responsáveis pretendiam fazer ou acreditavam que poderia ser feito para desenvolver a prática de atividade física do FE.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Características sócio-demográficas dos respondentes (pais ou responsáveis).....	37
2. Características sócio-demográficas dos FEs (familiares esquizofrênicos)..	43
3. Frequência do nível socioeconômico por faixa etária e grau de instrução do FE.....	43
4. Frequência geral anual de crises de esquizofrenia.....	45
5. Intensidade das atividades físicas.....	55
6. Duração das atividades em minuto/dia.....	56
7. Com quem o FE praticava atividade.....	57
8. Local que o FE praticava atividade.....	58
9. Período do dia que o FE praticava atividade.....	60
10. Condições de infra-estrutura que ocorriam a prática de atividades.....	61
11. Disponibilidade de tempo livre que o FE dispunha para a prática de atividade física.....	64
12. Ocupação do tempo livre do FE.....	67
13. Ocupação do tempo livre assistindo televisão.....	68
14. Quem falou sobre a importância da atividade física	69

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1. Matriz analítica da entrevista sobre a participação do familiar esquizofrênico na prática de atividade física; segundo a percepção dos Pais ou Responsáveis.....	29

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O problema e sua importância

Somente nas últimas décadas que os pacientes com transtornos mentais e seus familiares passaram a ser objeto de estudos, graças ao material fornecido pelo “NIMH” (Instituto Nacional de Saúde Mental) dos Estados Unidos. Mesmo assim, as informações e a literatura psiquiátrica para esclarecer as principais dúvidas da grande maioria de leigos são escassas.

Enquanto familiares de pacientes crônicos de outras especialidades médicas como, afecções respiratórias, cardíacas, reumáticas, diabéticas, entre outras, dispõem de vastos mecanismos úteis no enfrentamento imediato destas doenças, o paciente psiquiátrico e sua família ainda nem sequer chegaram a compreender o significado de muitas expressões psiquiátricas tão utilizadas no diagnóstico dos Transtornos Mentais (LOUZÃ NETO, 1996).

Esquizofrenia e psicose são termos que, ao longo do tempo, foram revestindo-se de todo tipo de preconceito gerando diversos tipos de interpretações, que muito dificultam qualquer abordagem na tentativa de minimizar os efeitos dessas doenças (SZASZ, 1978).

As famílias de pessoas com transtornos mentais crônicos nem sempre acertam na melhor maneira de conduzir seus comportamentos, agravando muitas vezes o problema para ambas as partes. Infelizmente, até hoje, é possível encontrar famílias que isolam ou segregam a pessoa com Transtorno Mental, em lugares escondidos, quartos escuros e afastados da casa, chegando, às vezes, até a amarrá-la com cordas ou correntes. Tudo em nome da honra e segurança da família. Afinal, neste caso, não fica bem as outras pessoas saberem que tem

um “louco” na família. Refere-se também a outra forma bastante freqüente que é a delegação da sua responsabilidade aos Hospitais Psiquiátricos, onde as famílias parecem sentir-se aliviadas livrando-se do transtornado mental (TM) quando assinam a guia de internamento.

O paciente psiquiátrico agudo ou crônico acaba sendo rejeitado e esquecido pela família por um longo período de tempo, debatendo-se entre a baixa auto-estima e a perda de identidade. E, finalmente, apresenta-se uma maneira mais benéfica e promissora, porém menos praticada pela grande maioria das famílias, a qual consiste no acompanhamento quase integral do TM. Assim, é possível perceber as mais sublimes formas de manifestações do amor. É o momento que se constata que algumas famílias não medem esforços para recuperar a dignidade, a alegria e, principalmente, o espaço perdido na sociedade (LOUZÃ NETO, 1996).

A esquizofrenia, enquanto transtorno mental, diz respeito a uma condição ou grupo de condições que se caracterizam por determinados tipos de experiências e comportamentos classificados como sintomas e sinais de alguma doença, ou grupo de doenças de etiologia desconhecida. No entanto, a maioria é determinada genética-constitucionalmente (LAING, 1979).

Dessa forma, denomina-se esquizofrênica a pessoa ou sua experiência ou comportamento clinicamente considerados como sendo um prognóstico da presença da esquizofrenia (LAING & ESTERSON, 1964). Nesse caso, é atribuído à pessoa uma experiência ou comportamento desumano, fruto de um ou mais processos patológicos, mental ou físico cuja natureza e origem ainda não são conhecidas.

Emil Kraepelin, foi o primeiro a separar transtorno maníaco-depressivo e esquizofrenia. Os delírios e alucinações decorrentes da esquizofrenia podem ser compreendidos segundo a argumentação de Laing et al., (1964), desde que sejam conhecidas as pressões psicológicas, afetivas e sociais sofridas em particular pelo paciente e a trama de relacionamentos que o cerca dentro do contexto familiar.

Através do reconhecimento de diversas áreas, como a medicina, psicologia, sociologia juntamente com a educação física, o familiar esquizofrênico (pessoa da família que sofre de esquizofrenia), pode utilizar-se da atividade física

como coadjuvante terapêutico no tratamento da saúde mental (RIBEIRO, 1999). A atividade física tem a capacidade de incrementar a força física, aumentar a resistência do indivíduo frente aos diversos tipos de estresses enfrentados na vida cotidiana, combate o sedentarismo e alivia os estados de ansiedade ou depressão que surgem no decorrer da doença mental (SHARKEY, 1998). Ela também possibilita um resgate positivo de fatores psicossociais que envolve uma melhor percepção da auto-estima, controle, humor e afeto, propiciando de forma melhorada, as interações sociais das quais o doente mental faz parte (NAHAS, 2001).

O exercício físico pode ser utilizado como uma das estratégias de enfrentamento da esquizofrenia, que resulta em alterações positivas do estilo de vida. Para Marlatt & Gordon (1993), a análise da utilização de exercícios físicos e demais atividades físicas realizadas pelo paciente esquizofrênico deve ser uma área central de investigação antes de iniciar qualquer procedimento de intervenção no estilo de vida.

Por isso, a importância dessa pesquisa a qual investigou: Quais são os tipos de estratégias utilizadas para a adesão e manutenção na prática da atividade física na vida diária do esquizofrênico? Qual é o padrão diário, semanal ou mensal de atividades físicas praticadas pelo esquizofrênico? O FE manifesta algum bloqueio ou resistência à participação em atividade física, se existem como a família tenta lidar com os fatos nesta situação?

Desta forma, esta pesquisa serviu de base para estudos futuros, através da conscientização daquilo que é realizado hoje em termos de atividade física na percepção dos pais ou responsáveis, com a possibilidade de se projetar um amanhã mais realístico, menos imprevisível e ameaçador para o familiar esquizofrênico e o meio social onde vive.

Objetivo geral

Investigar a prática da atividade física no cotidiano do familiar esquizofrênico, considerando a percepção dos pais ou responsáveis.

Objetivos específicos

1. Caracterizar sócio-demograficamente os respondentes (informantes – Pais ou responsáveis).
2. Caracterizar sócio-demograficamente os familiares esquizofrênicos.
3. Identificar a frequência anual de crises de esquizofrenia por faixa etária.
4. Verificar se o familiar esquizofrênico (FE) pratica ou não atividade física.
5. Se, pratica, investigar o tipo, a quantidade e a forma que executa as atividades físicas.
6. Se não pratica, justificar a disponibilidade e ocupação do tempo livre, segundo a percepção dos Pais ou responsável.
7. Revelar as estratégias utilizadas pelos Pais ou responsável para incentivar ou promover a prática da atividade física.
8. Analisar o ambiente percebido e descrever a conduta assumida pela família diante dos FEs.

Delimitação do estudo

Este estudo foi realizado com base em informações de familiares ou responsável que convivem com pessoas que sofrem de esquizofrenia, designado neste estudo de familiar esquizofrênico, de ambos os sexos, numa faixa etária dos 13 aos 66 anos de idade, cadastrados no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de Blumenau. Fizeram parte do estudo apenas as pessoas com esquizofrenia, registradas até junho de 2002. As ligações entre familiar esquizofrênico e sua família; as características sócio-demográficas; a frequência de crises; a prática de atividade física e as estratégias para a promoção desta

prática foram investigadas através de entrevista semi-aberta e submetida à análise quantitativa e qualitativa. Foram analisados 75 casos de esquizofrenia, sendo 46 do sexo masculino e 29 do sexo feminino.

Definição de termos

Neste estudo foram utilizados os seguintes termos:

Alucinação: é a percepção na ausência de estímulos dos órgãos dos sentidos (LOUZÃ NETO, 1996).

Atividade Física: é definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Este comportamento engloba as atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária/AVDs (vestir-se, banhar-se, comer), o deslocamento (transporte) e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, dança, artes marciais, etc (CASPERSEN et al., 1985).

Delírio: são idéias ou pensamentos incompatíveis com a realidade (LOUZÃ NETO, 1996).

Estilo de Vida: é o conjunto de ações e comportamentos de escolha do indivíduo, os quais podem afetar a aptidão física relacionada à saúde e ao status de saúde (BOUCHARD & SHEPARD, 1994).

Esquizofrenia: termo criado por Eugen Bleuler em substituição ao termo “demência precoce” na literatura. Bleuler conceituou o termo para indicar a presença de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997). Operacionalmente, o familiar esquizofrênico ou paciente esquizofrênico é a pessoa da família que sofre de esquizofrenia.

Exercício Físico: representa uma das formas de atividade física, planejada, estruturada e repetitiva que tem como função: manutenção, desenvolvimento ou recuperação de um ou mais componentes da aptidão física (NAHAS, 2001).

Saúde Mental: é um vasto campo do conhecimento e uma área de atuação que reúne várias ciências e categorias profissionais visando entender, estudar e

pesquisar o homem num enfoque biopsicossocial e sua relação com o normal e o psicopatológico. Previne as manifestações psicopatológicas que podem acometer o indivíduo e utilizam técnicas e métodos de diagnóstico no tratamento das doenças mentais, distúrbios de comportamentos e diversas formas de anormalidade da vida psíquica (RIBEIRO, 1996).

Sintomas Prodrômicos: são os sintomas preliminares ou que antecedem a doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Sintomas Tipo I (Positivos): são as alucinações, a falta de cooperação, hostilidade, ideação paranóide, delírios e comportamentos bizarros. Este tipo de esquizofrenia estaria relacionado ao antecedente pré-mórbido bom, ao início agudo, aos sintomas psicóticos produtivos, à cognição intacta, a uma boa resposta ao tratamento, com neurolépticos e a um mecanismo neuroquímico reversível (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Sintomas Tipo II (Negativos): caracteriza-se pela apatia, embotamento afetivo, alogia (besteira, absurdo, coisas sem nexos), volição (ou abulia: falta de vontade, indiferença, diminuição notável da energia, ausência de impulsão positiva) e anedonia (ausência de prazer, durante as ações em que é normal senti-lo). Esse tipo de esquizofrenia estaria relacionado ao antecedente pré-mórbido ruim e pobre, a um início insidioso (que arma ciladas, traiçoeiro, pérfido e assume proporções graves), a sintomas negativos que prejudicam o desempenho na vida cotidiana, a uma cognição prejudicada, a uma má resposta ao tratamento e a alterações estruturais irreversíveis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Sintomas cronificados de acatisia: são os sintomas freqüentes de inquietação somática, ou anseio irresistível para mover várias partes do corpo. A forma mais comum envolve andar a esmo e uma incapacidade para sentar-se quieto. Podem ser efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos ou características das doenças em si (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Transtorno Mental: é um comportamento diferenciado resultante de uma disfunção do organismo que na sua forma extrema ou desenvolvida está associada direta e intrinsecamente a sofrimento, incapacidade física perceptível sexual e interpessoal. Seus sinais e sintomas são de natureza psicológica e comportamental (SPITZER & ENDICOTT citado por LOUZÃ NETO, 1996).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Características da esquizofrenia

A esquizofrenia relaciona-se com uma condição ou grupo de condições caracterizadas por determinados tipos de experiências ligados a comportamentos manifestados como sintomas e sinais de alguma doença, ou grupo de doenças de causa desconhecida. Por isso que a pessoa ou sua experiência comportamental, com um prognóstico da presença de esquizofrenia, é denominada de pessoa ou comportamento esquizofrênico (LAING & ESTERSON, 1964). De acordo com estes autores, ainda não foram descobertos vestígios patológicos anatômicos “post-mortem”, nem alterações na estrutura orgânica enquanto a doença progride, nem tão pouco de natureza fisio-patológica que de alguma forma tenha correlação com essas doenças. Por isso eles enfatizam que não existe um consenso em relação a uma forma de tratamento comprovada, mas que é possível tomar alguns cuidados como forma de tranquilização. Citam ainda, mesmo que a esquizofrenia seja manifestada em família, a ciência não comprovou sua causa por intermédio das leis genéticas, além da esquizofrenia parecer não causar efeito negativo na saúde física e se bem conduzida também não causa a abreviação da vida ou a morte.

Para Ackerman (1986), os sintomas da esquizofrenia podem surtir efeitos diferentes na mesma pessoa em épocas diferentes, em outras famílias ou em outras circunstâncias sociais.

A esquizofrenia é uma das mais incapacitantes afecções mentais, que se manifestam em diferentes proporções, sugerindo uma predisposição genética

para a doença, mais a influência de fatores biológicos, psicológica e social, resultando em quadros clínicos diversificados (PAE, apud ROEDER, 1999).

Quando a doença é prolongada, ou acompanhada de odores ou visões desagradáveis ou repulsivas a ela vem relacionar-se o estigma (MILES, 1982). Por isso, o destino dos doentes mentais não é fácil, uma vez, que são estigmatizados, inferiorizados e recebem ajuda insuficiente.

Baseado em sua própria experiência, Laing (1979) e Szasz (1978), ambos psiquiatras, estudando inicialmente a esquizofrenia, argumentaram que tanto o comportamento como as comunicações dos esquizofrênicos, não são irracionais mas fazem sentido quando se leva em consideração a posição em que se encontra o próprio paciente. Destacaram que todos os delírios e alucinações dos esquizofrênicos podem ser compreendidos, a partir de uma ótica que seja possível revelar as pressões psicológicas e sociais particulares exercidas sobre eles dentro do contexto familiar e a rede de relacionamentos que o cerca.

No processo social, o indivíduo torna-se paciente mental, geralmente quando é possível notar nele um afastamento daquilo que, até então, era considerado seu estado normal. Esta alteração pode ser percebida inicialmente por uma ou mais pessoas do seu convívio, como um membro da família, colega de trabalho ou o chefe, que observam diferenças no comportamento ou aparência física, desinteresse no trabalho, fala e atitudes incongruentes ou relato de experiências bizarras (MILES, 1982).

Em alguns casos, o papel do doente mental é um papel temporário, que o indivíduo em questão irá eventualmente abandonar. É também um papel dominante durante o período da doença central para a identidade da pessoa e substitutivo dos papéis sociais costumeiros, que serão reassumidos somente quando o paciente se curar.

Rotular alguém de doente mental, trás conseqüências sociais importantes, que independem do estado clínico. É como acontece com as pessoas que são rotuladas de criminosas, por mais que não cometam mais crimes, as conseqüências serão consideráveis e as acompanharão por um grande período de tempo, talvez para o resto da vida, afetando a posição social, aceitabilidade e auto-imagem das pessoas, assim como todos os outros aspectos da sua vida (SCHEFF apud MILES, 1982). É preciso tomar cuidado em rotular

uma pessoa como doente mental, pois a partir daí a pessoa continua a desempenhar o papel de doente mental e a comportar-se do modo esperado.

Walter Gove apud Miles (1982) reforça que as proposições de Scheff não se comprovam, argumentando que as várias pessoas que se tornam pacientes psiquiátricos, sofrem de algum distúrbio mental grave, existente antes e independentemente de qualquer rótulo que lhes sejam atribuídos. E ainda critica os defensores da antipsiquiatria acusando-os de deixarem os indivíduos sofredores desamparados, sem assistência, expondo-os, assim como a seus familiares e amigos a danos potenciais. Aponta, que enquanto os críticos da prática psiquiátrica defendem a maior tolerância, o término da rotulação e a cessação do tratamento, um paciente entra em depressão profunda e se suicida, outro mata sua mãe ou esposa por causa de um delírio e um terceiro grita e agride todos que dele se aproximam.

Para Goffman, citado por Szasz (1978), o conceito de estigma contribui para acentuar o papel social do doente mental, ou seja, uma pessoa de aparência estranha, perigosa e enigmática, que provoca medo e não é digna de confiança. Segundo argumenta, o termo estigma refere-se a um atributo extremamente desmoralizador (...). O fato de o indivíduo ser considerado um anormal, perturbado, louco, maluco, psicótico ou doente é uma das classificações mais desmoralizadora que pode ser imposta a um ser humano. Exclui o paciente da ordem social, semelhante ao passado na era medieval, onde a heresia colocava a feiticeira fora da sociedade medieval.

Através da educação sobre os sintomas e os comportamentos associados com o diagnóstico de esquizofrenia é possível lidar com as condutas perturbadas e perturbadoras, atingindo um melhor nível de funcionamento e satisfação, tanto em relação à família quanto ao familiar esquizofrênico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Aliados às inovações tecnológicas, com o auxílio da bioestatística, da epidemiologia clínica e da metodologia aplicada a clínica os critérios diagnósticos tornaram-se mais sofisticados, objetivos e com maior capacidade de mensuração da gravidade dos sintomas, apontando para uma terminologia mais uniforme e consensual entre os especialistas da área. Atualmente os dois sistemas mais utilizados são:

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e o “Diagnostic and Statistical Manual”, (DSM 4) citado por Razzouk & Shirakawa (2001). Os transtornos psicóticos no DSM 4 dividem-se em nove categorias:

- 1-Esquizofrenia;
- 2-Esquizofreniforme;
- 3-Esquizoafetivo;
- 4-Transtorno Delirante;
- 5-Transtorno Psicótico Breve;
- 6-Transtorno Psicótico Compartilhado;
- 7-Transtorno Psicótico devido à condição médica geral;
- 8-Transtorno Psicótico induzido por substância;
- 9-Transtorno Psicótico não especificado.

Mesmo com os critérios diagnósticos cada vez mais aprimorados, quanto a sua objetivação e reprodutividade, a validade conceitual de esquizofrenia permanece em aberto. Pela diversidade de sintomas e apresentações clínicas, só vem reforçar a hipótese de que a esquizofrenia é um transtorno heterogêneo.

Essa heterogeneidade da esquizofrenia, tem sido verificada por diversas pesquisas que buscaram identificar subtipos específicos que definam a esquizofrenia, valendo-se de técnicas avançadas de estatísticas, neuro-imagem e testes neuropsicológicos.

Segundo um estudo na década de 80, ficou evidenciado duas formas de esquizofrenia:

Tipo I (sintomas positivos)

Tipo II (sintomas negativos)

Na esquizofrenia do tipo I as funções encontram-se distorcidas nas esferas da percepção: alucinações; no pensamento inferencial: delírios; no pensamento e na linguagem: discurso desorganizado; e na monitoração do comportamento: comportamento bizarro. Esse tipo de esquizofrenia estaria relacionado ao antecedente pré-mórbido bom, ao início agudo, aos sintomas psicóticos produtivos, à cognição intacta, a uma boa resposta ao tratamento com neurolépticos e a um mecanismo neuroquímico reversível.

Na esquizofrenia do Tipo II (sintomas negativos) ocorre uma diminuição nas funções de fluência do discurso e do pensamento: alogia; na expressão

emocional: embotamento afetivo; na volição e no impulso: abulia (falta de vontade, diminuição notável da energia, ausência de impulsão positiva) e na capacidade hedônica (onde o prazer é critério para tudo): anedonia (ausência do prazer, durante as ações em que é normal senti-la).

Esse tipo de esquizofrenia estaria relacionada ao antecedente pré-mórbido ruim e pobre; a um início insidioso (que arma ciladas, traiçoeiro, pérfido e assume proporções graves); a sintomas negativos que prejudica o desempenho na vida cotidiana a uma cognição privilegiada; a uma má resposta ao tratamento e a alterações estruturais irreversíveis.

Mais ultimamente, na década de noventa, houve uma distinção da esquizofrenia:

Forma Positiva;

Forma Negativa;

A forma positiva associa-se à distorção da realidade, aos delírios e alucinações (RAZZOUK, & SHIRAKAWA I, 2001). Ainda constata esses autores, que a esquizofrenia acomete 1,0% da população mundial especialmente o sexo masculino em idade jovem.

A multiplicidade de critérios diagnósticos e de abordagem, expressa a complexidade em se definir a esquizofrenia. Conforme Andreasen (1982), a esquizofrenia é uma doença trágica por que acomete múltiplas funções (pensamento inferencial, volição e afetividade) de difícil identificação etiológica e clínica. Espera-se que a partir de novos avanços nas pesquisas no campo da neuro-imagem, genética e biologia molecular se possa descobrir mais sobre a natureza desse transtorno e definir mais seguramente seu conceito.

A forma negativa associa-se ao empobrecimento do discurso, ao empobrecimento do afeto, à diminuição dos movimentos espontâneos.

Características da família e do familiar esquizofrênico

No mundo ocidental contemporâneo a maioria das pessoas vive em grupos familiares (RUTTER & BROWN, 1996). Segundo estes dois autores, a família pode ser constituída de várias maneiras. Uma forma restrita inclui apenas os pais e seus filhos não adultos; também denominada família nuclear. Outra forma mais ampla, já inclui os avós, tios, tias e primos constituindo uma família ampliada. Atualmente, a forma que melhor descreve um grupo familiar, usada freqüentemente para fins censitários, são os parentes que vivem na mesma casa sob o mesmo teto. Então um adulto que vive com seu cônjuge, filhos, irmãos ou outros parentes num grupo familiar também se determina como o ambiente social imediato. É nesse ambiente social, que se estabelecem os diversos relacionamentos como a divisão do trabalho entre seus membros, as tarefas da vida diária, os princípios morais e culturais transmitidos de geração para geração dentro daquele contexto.

Diante da crise global que enfrenta o planeta, observa-se que os grupos familiares nas sociedades ocidentais contemporâneas encontram-se mal aparelhados, em diversos aspectos para enfrentar a doença no seu domicílio (VAUGHN & LEFF, 1976). Isto porque a família moderna geralmente é muito pequena, sendo constituída de dois adultos, podendo ser representada pelo marido e a esposa, e caso algum deles esteja impossibilitado de desempenhar suas funções no sustento da casa, um apenas terá que forçosamente assumir as obrigações necessárias.

Também é muito comum nos dias de hoje a mulher trabalhar fora de casa, sendo assim, praticamente impossível alguém cuidar de uma pessoa doente em período integral.

Essa grande mobilidade geográfica, característica das sociedades industrializadas, tem afastado as pessoas do convívio com seus parentes mais próximos dificultando algumas das tarefas em questão. Rutter & Brown (1996) consideram que para a família moderna enfrentar a doença de curta duração já é difícil, quanto mais uma enfermidade prolongada como a doença mental.

No caso de um paciente mental que acaba de receber alta hospitalar e retorna para sua casa, sofre uma série de influências no funcionamento dos papéis sociais normais dentro do contexto social que pertence. O paciente pode retornar para junto da sua esposa e filhos ou para junto de seus pais, ir para casa de um parente ou amigo, ou ainda por necessidade encontrar-se morando sozinho. O lugar aonde o paciente irá se fixar, assim como os relacionamentos que serão estabelecidos, influenciam o comportamento posterior do paciente. Estudos têm revelado, que ex-pacientes que possuem esposa e filhos ao voltarem para casa tem maior probabilidade de funcionar em papéis sociais normais do que aquele que vive com a mãe ou ambos os pais (MILES, 1982).

O status familiar do ex-paciente quando retorna ao lar na posição de filho ou filha da família, embora como adulto, é tratado como criança dependente, com baixas expectativas de utilidade, tendo uma aceitação maior no que diz respeito ao fato dele estar parado, sem estudar ou desempregado. Já no papel de chefe de família, a exigência por parte dos parceiros aumenta, com expectativas mais elevadas no contexto familiar pressionando o ex-paciente a se comportar de forma que contribua para que as coisas funcionem (MILES, 1982).

O familiar esquizofrênico se comporta mais como um doente em alguns lugares que em outros, dependendo da atividade que é executada ou das relações de afinidades que mantém durante a atividade (ACKERMAN, 1986).

Um fator que gera uma sensação de incerteza e insegurança é a imprevisibilidade da doença no paciente. Para os parentes que convivem com esta situação, representa um abalo em toda estrutura familiar.

Saber que a qualquer momento tudo pode acontecer, produzem nas pessoas ansiedade e tensão. O imprevisível tende a ser apavorante e levar ao pânico causando nos parentes um sentimento de impotência. Miles (1982) cita que não se encontram modelos comportamentais que possam servir de exemplo para resolver os males, porém constata-se uma busca crescente por aconselhamento entre leigos, mas a solução raramente é oferecida quando a questão é a saúde mental. E desta maneira, os parentes acabam encontrando algumas soluções por ensaio e erro na esperança que a medicina ou a sociedade aprove normas de comportamentos melhores e mais eficazes.

Através de uma investigação adotada por pesquisadores britânicos vinculados à Unidade de Psiquiatria Social do Conselho de Medicina e Pesquisa foram feitos estudos interessados em avaliar a influência da vida familiar sobre os pacientes psiquiátricos que recebiam alta hospitalar, particularmente os relacionamentos emocionais mantidos entre o parente mais próximo e os ex-pacientes (BROWN et al., 1962; VOUGHN & LEFF, 1976). Esses pesquisadores elaboraram um método padronizado para medir a qualidade dos relacionamentos emocionais através de entrevista aos parentes mais próximos e utilizaram um índice de “emoção manifesta” (ou EM) demonstrada por eles em relação ao paciente e a doença. Esse índice baseava-se em três componentes: comentários críticos formulados pelo parente ao falar sobre o paciente, hostilidade manifestada pelo parente e o superenvolvimento emocional. A avaliação, das críticas dos parentes foram analisadas a partir do número de comentários críticos mencionados por eles; a hostilidade através de manifestações de desamor, mágoas, rejeição, tom de voz e sinais afirmativos de reprovação; e o superenvolvimento de acordo com o grau de preocupação traduzido pela ansiedade ou superproteção. A partir daí foi possível classificar os lares em EM elevada ou baixa, significando que a primeira indica que o parente próximo é crítico, hostil ou extremamente superenvolvido, e a última que é indiferente. Em seguida, eles investigaram a influência do retorno do paciente para casa em cada tipo de lar e seu funcionamento posterior. Descobriram que, a maior parte dos pacientes que sofriam recaídas e tornavam a manifestar sintomas de transtorno mental viviam em lares de alta EM.

A recaída foi mensurada nove meses depois da alta, e os pesquisadores revelaram que “a emoção manifestada pelo parente era o melhor fator isolado para prever se um paciente sofreria ou não uma recaída durante esse período”. Assim, de acordo com essa pesquisa, percebe-se uma associação muito significativa entre o envolvimento emocional do parente mais próximo e o direcionamento do ex-paciente.

O índice EM é um instrumento que vai além do senso comum, que pode estar certo ou errado (RUTTER e BROWN, 1996). Uma vantagem é que fornece uma indicação do grau de intensidade da hostilidade e da crítica do parente que precisam atingir antes de ser associado a uma recaída. Miles (1982) refere-se ao

superenvolvimento emocional, principalmente da figura representada pela mãe com o paciente como um fator que aumenta as probabilidades de recaída. Gauderer (1995), também alerta para que não ocorram fenômenos de infantilização, através da superproteção excessiva do paciente. Pois considera que isto pode levar à regressão emocional do paciente dificultando posteriormente na resolução direta dos problemas, atrapalhando o desenvolvimento do real potencial e a capacidade de auto-gestão do indivíduo.

Com base em um estudo realizado com 11 famílias, onde um dos membros fora diagnosticado como esquizofrênico, Laing et al., (1964) a partir dos históricos de casos e trechos de longas entrevistas mantidas com os membros da família inferiu que a dinâmica familiar manipula os pacientes ocasionando situações difíceis de suportar, exigindo do paciente muito mais do que ele aparentemente pode agüentar, exibindo assim, um modo irracional de se comportar.

Ao analisar as experiências primitivas dos esquizofrênicos, Laing (1964) relacionou a noção de “duplo vínculo” desenvolvida por Bateson et al., (1956). De acordo com este pensamento, a criança muitas vezes no seio familiar experimenta diversas contradições, especialmente daquelas pessoas que justamente são seus principais referenciais, ou seja, seus pais. Um exemplo típico de duplo vínculo é um caso em que o filho abraça a mãe e esta demonstra uma atitude de estar sendo incomodada. Em seguida a criança naturalmente desiste da investida e a mãe reclama, queixando-se que o filho não gosta mais dela.

É complicado para o filho entender tal situação. Outra forma também de duplo vínculo seria as exigências de natureza incompatível de ambos os pais, especialmente quando esperam que o filho agrade ao mesmo tempo os dois lados. Por isso que Laing (1964) defende a posição de que a diferença entre os esquizofrênicos e demais pessoas são as exigências impossíveis levando o esquizofrênico a agir de acordo com a situação, mesmo parecendo irracional. Mesmo registrando as manifestações e contradições que envolvem as famílias dos esquizofrênicos, não é possível explorar totalmente os fatores subjacentes supostamente geradores ou mantenedores dos fatos observados (MAC HUGH, 1988).

O esforço para obter o resgate social serve para incentivar e apoiar o familiar esquizofrênico na retomada de papéis sociais, abandonados anteriormente, tais como: à volta aos estudos, exercícios físicos e atividades profissionais. Deste modo, a relação das pessoas que lidam e convivem com a doença mental, também necessitam de grupos de apoio e auto-ajuda, para aprenderem como se cuida de um familiar esquizofrênico (FE) e enfrentar da melhor forma possível a incompreensão geral que normalmente envolve este tipo de situação. Além disso, as pessoas envolvidas se reúnem não apenas para trocar idéias sobre seus familiares doentes, mas para aprenderem a cuidar de si mesmas para melhorar sua qualidade de vida (PROJETO FENIX, citado por ROEDER, 1999).

Muitas pesquisas constataram que as famílias relutam muito em aceitar o distúrbio mental num de seus membros. Isto porque, admitir tais distúrbios implicaria numa ameaça pessoal e dos outros membros da família, gerando medo, insegurança e mudanças nos relacionamentos com estremecimento nos papéis sociais (MILES, 1982).

Intervenções familiares

Uma boa indicação com relação às intervenções familiares, seria, as famílias envolverem-se num processo interativo de tratamento no maior grau possível. Normalmente elas são responsáveis pelos cuidados dos familiares esquizofrênicos e podem se beneficiar da orientação, apoio e educação, bem como do treinamento para auxiliá-las no enfrentamento da doença. Algumas pesquisas têm mostrado que alguns membros da família, principalmente aqueles que não têm muito conhecimento sobre as manifestações comportamentais da esquizofrenia, podem ser extremamente críticos ou superprotetores com os familiares esquizofrênicos. Frequentemente, essas atitudes derivam de uma falta de conhecimento sobre as características da doença, tais como sintomas de déficit que podem ser confundidos com a preguiça ou malandragem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A intervenção familiar tem como objetivos: a diminuição das recaídas, do familiar esquizofrênico, melhoria no funcionamento social, alívio da carga familiar e melhoria do funcionamento das relações familiares. Todas as abordagens destacam o valor da participação familiar no tratamento, enfatizando a importância do esforço cooperativo. Algumas vezes, o objetivo também se presta para ajudar o paciente a progredir para uma vida independente. Não há comprovação que qualquer uma dessas abordagens seja uma melhor que a outra.

Mesmo com tantas variações de manejo familiar e de diferentes tipos de tratamentos, torna-se difícil a comparação dos resultados nos mais de 10 estudos controlados, onde as taxas de recaídas diminuem pela metade.

Os tratamentos de controle têm considerado: a terapia de apoio individual, manejo intensivo de caso e somente o uso de medicamentos.

Um aspecto negativo do manejo familiar pode ser a superestimulação do familiar esquizofrênico em sessões familiares estressantes, enquanto ele ainda encontra-se na fase aguda, onde os sintomas afloram na sua vida comprometendo seriamente a capacidade de concentração.

A ligação com as famílias pode ser prejudicada geralmente quando as intervenções familiares acreditam que as influências entre o passado e o presente estão implicadas na causa da esquizofrenia.

É na fase aguda o melhor momento para engajar a família em encontros familiares psicoeducacionais. É nas horas mais difíceis da doença que os familiares encontram motivação para fazer contato, perguntas na tentativa de achar soluções que os confortem e ao mesmo tempo os orientem.

Esquizofrenia e atividade física

Em termos de pesquisas, alguns estudos foram empreendidos, buscando-se os possíveis efeitos da atividade física regular, ao longo da vida do doente mental. Na verdade, as primeiras pesquisas referentes ao assunto, apontaram para os efeitos indiretos da atividade física, demonstrando uma correlação positiva entre atividade física e doença mental, embora ainda não seja possível

afirmar até que ponto essa influência direciona ou opera no comportamento total do doente mental. Isto porque, a correlação não é significativa em todas estas pesquisas. No entanto, já se pode atestar que os efeitos positivos mais encontrados em relação à atividade física e doença mental são: a diminuição da ansiedade e depressão; maior tolerância ao estresse e melhora da auto-estima (BRANNON & FEIST, 1992).

Os fatos científicos não são conclusivos em relação à intensidade da conexão entre atividade física e saúde mental. Porém, alguns estudiosos constataam que as evidências levam a uma ligação causal, com efeitos de curta duração e não exclusivamente mostram alguma conexão com o exercício físico (BRANNON & FEIST, 1992), enquanto outros enfatizam existir esta conexão, sendo capazes de demonstrá-la (SIME, 1990).

Dishman (1995) considera muito importantes os fatores demográficos, raça, etnia nos estudos que relacionam atividade física e exercício, com ansiedade e depressão, a fim de identificar efeitos mais significativos dessa relação.

Para Blasco (2000), a maioria dos estudos considera a hipótese de que o exercício reduz os sintomas de estresse psicológico e fisiológico. E destaca ainda que as atividades aeróbicas aumentam a aderência dos doentes mentais ao tratamento. Isto é favorecido através da percepção positiva da saúde no contato do indivíduo com a natureza e com as outras pessoas, além de ser uma atividade relaxante (ROEDER & PINHEIRO, 2000).

De acordo com Plante & Rodins (1990), os benefícios do exercício físico se relacionam com o aspecto biológico através do aumento da temperatura corporal, produzindo um efeito calmante imediato; da regulação e adaptação do estresse; do aumento da atividade adrenal; e da redução do potencial nervoso do músculo em repouso, liberando a tensão; facilitando a neuro-transmissão da noradrenalina, da serotonina e da dopamina, auxiliando na melhoria do estado geral de ânimo.

A atividade física na forma de exercício de meditação, ocasiona um estado de consciência alterado e mais relaxado. Além destas vantagens, permite a distração, diversão, extravasamento de pensamentos, emoções e condutas

inconvenientes, melhorando os sintomas depressivos e ansiolíticos (MORGAN & GOLDSTON, 1985).

Quanto a respeito da auto-eficácia referente à capacidade psicológica de bem-estar relacionada à capacidade de realizar determinada tarefa, parece que a atividade física mais indicada para a saúde e bem estar e manutenção num programa de exercícios são as atividades de intensidade moderada (FRUIN, PRATT & OWEN, 1991; BARANOWISKI, 1992; SALLIS, HASKELL, FOTMANN, 1986; SALLIS & HOWELL, 1990; RABINOWITZ, MELAMED, WEISBERG, 1992; citados por BLASCO, 2000).

Os transtornos mentais têm efeitos desfavoráveis no nível de atividade física, de outra maneira, a atividade física regular moderada pode prevenir ou diminuir o aparecimento de problemas mentais, dependendo da saúde, da capacidade funcional e até mesmo dos fatores sócio-econômicos que interferem nas ligações entre a atividade física e a saúde mental (MC AULEY & RUDOLPH, 1995; CLARK, 1996).

Para McAuley & Rudolph (1995), “quanto mais tempo o indivíduo se exercitar, mais forte a ligação entre atividade física e a saúde mental”.

As pessoas que mais necessitam de atividade física, parece que são aquelas que têm maior dificuldade de participar (BERGER, 1989).

De acordo com Duarte & Nahas (1998), as últimas pesquisas mostram que o exercício físico e outras formas de atividade física são os meios mais eficazes de alta significância capazes de influenciar a saúde, a habilidade funcional e em conseqüência, manter uma ótima qualidade de vida.

A atividade física como terapia baseia-se nas teorias fisiológicas, a partir do momento que investiga a dosagem (duração, intensidade, frequência, tipo) das atividades ministradas à pessoa e o efeito que provoca em nível emocional. Portanto é necessário conhecer o **“O QUE É FEITO”**.

Nas teorias psicológicas é importante averiguar a experiência emocional do indivíduo interagindo com a atividade física proposta. Assim, o enfoque está centrado em **“COMO É FEITO”**.

E, finalmente baseando-se nas teorias sociais, através das atividades de lazer e outras atividades físicas realizadas em grupo, pode-se permitir ao ser humano um resgate na área emocional com o fortalecimento do ego através do

contato social. Daí, a importância, de certificar-se **“COM QUEM É FEITO”** (BECKER JR., 2000).

Que tipo de atividade física?

Desde que não haja um excesso de sobrecarga geral ou local, qualquer forma de atividade física pode servir para qualquer pessoa. O corpo humano é extremamente adaptável às cargas impostas, por isso quando o exercício é descontínuo, com extinção das cargas de trabalho, as mudanças ocorridas no corpo também desaparecem.

O que varia é o tempo que pode oscilar entre horas até meses. Para a manutenção dos resultados obtidos, é preciso manter-se a intensidade do treinamento pelo menos no mesmo nível (DUARTE & NAHAS, 1998).

Caspersen et al., (1985) apresentam que a quantidade de energia necessária à realização de determinado movimento corporal deverá traduzir o nível de prática de atividade física exigido por este mesmo movimento.

O gasto energético das atividades físicas do cotidiano poderá ser classificado, basicamente, em cinco categorias:

1. A demanda energética proveniente do tempo dedicado ao descanso e às necessidades vitais, como horas de sono, refeições, higiene e outros;
2. A demanda energética provocada pelas atividades no desempenho de uma ocupação profissional;
3. A demanda energética necessária à realização das tarefas domésticas;
4. A demanda energética voltada a atender as atividades de lazer e de tempo livre;
5. A demanda energética induzida pelo envolvimento em atividades desportivas e em programas de condicionamento físico.

Nahas (2001), considera como atividades físicas moderadas aquelas que incluem: caminhar a passos rápidos; cuidar do jardim; praticar esportes; nadar; passear com o cachorro; dançar; lavar o carro; jogar voleibol; andar de bicicleta; subir escadas; varrer o quintal e praticar surf. Abaixo destes níveis seriam consideradas atividades físicas leves e acima destes, intensas.

Quanto de atividade física é o suficiente?

Estudos recentes indicam que o ideal é exercitar-se de 5 a 6 vezes por semana, e que no mínimo 3 vezes por semana, sendo que menos que isso, não deve produzir modificações significativas na promoção da saúde, independentemente do nível de aptidão física do indivíduo (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1991)

Que tipo de exercício?

De preferência, deve-se escolher a atividade física e o exercício que atendam as necessidades atuais do indivíduo. Daí a importância dos profissionais da atividade física e da saúde na orientação correta dos exercícios selecionados. Um programa de atividade física para ter credibilidade precisa ser justificado com argumentos que comprovem seus benefícios, não apenas imediatos, mas ao longo da vida (DUARTE & NAHAS, 1998).

Frequência do exercício

A influência na emocionalidade dos praticantes de exercícios físicos depende da frequência de sessões de exercícios/esportes (BECKER JR., 2000).

Intensidade do exercício

Outro fator importante diz respeito à intensidade de exercício/esporte praticado pelas pessoas, Folkins & Sime (1981) destacam que uma sessão de exercícios aeróbicos é o suficiente para reduzir os níveis de ansiedade dos indivíduos ansiosos. Enquanto para produzir um efeito tranquilizante, o exercício deve ser rítmico, como acontece na caminhada, na corrida, saltos sobre

obstáculos, pedaladas de bicicleta, com manutenção da duração de 5 a 30 minutos, numa intensidade de 30% a 60 % da intensidade máxima permitida para o indivíduo (DE VRIES, apud BECKER JR., 2000). Ressalta também, que outros investigadores defendem que o exercício deve ser vigoroso para ser associado com um benefício emocional. No entanto, Leon et al., apud Becker Jr. (2000), verificaram que o exercício moderado também provoca um benefício emocional no ser humano igual ao exercício vigoroso.

Duração do exercício

De acordo com o American College of Sports Medicine (1991), a duração de cada sessão ou programa de exercícios físicos, depende de fatores como trabalho total a ser realizado, intensidade dos esforços, frequência semanal e nível de aptidão física.

Contudo ao se levar em conta a promoção de saúde, 30 minutos é o tempo mínimo preconizado e com a ocorrência das adaptações funcionais e orgânicas que deverão surgir com o desenvolvimento do programa, esse tempo poderá, se necessário elevar-se paulatinamente até alcançar aproximadamente 60 minutos por sessão.

Os efeitos do exercício sobre a saúde mental

Mesmo que as associações entre atividade física, exercício e saúde mental tenham sido constatadas há séculos, ainda não se têm provas conclusivas na área da Ciência, referente aos benefícios diretos do exercício sobre a saúde mental.

Morgan et al., (1987), foram pioneiros na atualidade, a estudar as evidências clínicas e bioquímicas relacionando o condicionamento físico à saúde mental. E conforme os autores alertam, mesmo com algumas limitações

metodológicas em seus estudos com indivíduos com doença mental grave, observaram que a psicopatologia e o condicionamento físico eram inversamente correlacionados ou seja, quanto mais grave a doença e maior desorganização mental menos condicionado é o paciente. Os prejuízos cognitivos e motivacionais em pessoas com quadro grave de doença mental, podem ser responsáveis por pacientes deprimidos que exibem uma baixa capacidade para o trabalho (medida usada no condicionamento). É muito difícil atrair para uma prática regular de exercícios físicos uma pessoa saudável, porém com sintomas graves de depressão. Mesmo assim, o exercício parece diminuir de modo decisivo a ansiedade crônica (MORGAN, 1994).

Para Martinson e colaboradores (1989), houve reduções nos níveis de ansiedade, após 8 semanas de exercícios aeróbicos ou treinamento com pesos/relaxamento em pacientes hospitalizados em clínicas psiquiátricas. Os autores perceberam que mudanças significativas ocorreram principalmente nos programas de treinamento que superavam 10 semanas e incluíam pelo menos 20 minutos de exercícios físicos.

A pesquisa científica já possui indícios positivos em relação à teoria de que o exercício aeróbico atinge os principais neurotransmissores envolvidos no humor e na ansiedade. O efeito advindo do exercício funciona como um psicoestimulante natural, antidepressivo e opiáceo nos seres humanos. Existe um mecanismo de gatilho entre o humor, a ansiedade e o padrão motor, que participa nas estruturas dentro do sistema límbico. Desta forma, para responder às exigências do estresse o exercício regular ou técnicas de relaxamento, podem ser úteis para um retorno ao equilíbrio satisfatório (MORGAN, 1994). Além disso, salienta, que as evidências clínicas indicam que o exercício aeróbico moderado, pelo menos três vezes por semana, por 20 minutos ou mais, pode atuar com um coadjuvante eficaz no tratamento dos transtornos que envolvam aspectos do humor e ansiedade.

A caminhada

Uma das formas mais naturais de movimento realizado pelos seres humanos é a caminhada. É uma atividade praticada desde muito cedo e se não houver nenhum impedimento por deficiência ou debilidade, pode estender-se até o fim da vida. Não é necessário qualquer treinamento ou equipamento especial. A caminhada pode ser parte do trajeto da vida ocupacional ou doméstica. É auto-regulável na intensidade, duração e frequência, com baixo impacto, portanto representa um meio de locomoção altamente seguro (MORRIS & HARDMAN, citado por DUARTE & NAHAS, 1998).

Diversas pesquisas comprovam os benefícios da atividade física e do exercício na saúde. “Através de um estilo de vida mais ativo, atua como agente preventivo da saúde mental, combatendo os fatores de risco das afecções mentais” (ROEDER, 1999).

A atividade física enquanto resposta do organismo a um estímulo é capaz de produzir força física a partir de uma rede complexa de reações bioenergéticas que ocorrem no organismo, dando origem à capacidade de rendimento nas atividades diárias de uma pessoa sadia ou não (SILVA apud ROEDER, 1999).

O córtex motor é a parte da mente que capacita o indivíduo ao exercício físico.

E por situar-se próximo à camada que abriga sentimentos e emoções, há indicativos que quando o córtex- motor é acionado pelo exercício, os efeitos sobre o estado emocional, psicológico e cognitivo são paralelos (NIEMAN, 1993).

Na esquizofrenia, algumas pesquisas de estudos de casos, revelam benefícios do funcionamento cardiovascular com o emprego da atividade física (LUKOFF et al., citado por ROEDER, 1999): redução de sintomas depressivos (CONROY et al., citado por ROEDER, 1999); melhoria das habilidades sociais e redução da agitação psicomotora (CHAMOVE, 1986) e redução da frequência de sintomas de alucinação (BELCHER, 1988).

Em termos de saúde e exercícios, Marlatt (1993) afirma que os pacientes que mostram danos cerebrais devem ser avaliados com cuidado por um neuro-psiquiatra ou neurologista, a fim de determinar até onde pode obter benefícios da prática de respostas de enfrentamento comportamental e/ou cognitivo. Os

pacientes com problemas cardio-vasculares devem ser examinados por um médico antes do engajamento em programas de exercícios físicos vigorosos.

Marlatt et al. (1993) questiona: a saúde física geral do paciente é compatível com vários tipos de exercícios? Para ele, os exercícios físicos são uma das estratégias de enfrentamento mais eficazes no estilo de vida.

De acordo com Mc Auley (1994), mais de mil estudos foram publicados na área da psicologia e atividade física. Ainda, segundo o autor, revisões posteriores detectaram vários problemas. Tais problemas referem-se a questões de natureza metodológica (desenhos experimentais pobres, ausência ou inadequação de grupos de controle, programas de atividades físicas inadequadas ou de duração insuficiente, amostragem inadequada, ausência de acompanhamento dos resultados) problemas conceituais (ausência de referencial teórico) e a problemas referentes à utilização de instrumentos psicométricos pobres inadequados. Ao lado desses problemas, foi observado também, a incongruência entre definições operacionais sobre atividades físicas, efeitos psicológicos e saúde psicológica.

Também Folkins e Sime (1981) afirmam que os estudos sobre os efeitos da atividade física na saúde mental apresentam problemas no tocante aos modelos metodológicos. Segundo sua análise de vários estudos, os que apresentaram condições experimentais adequadas perfizeram apenas 15% do total, sendo a maioria com população clínica. Os que estudaram populações não hospitalizadas, utilizaram crianças, sendo que somente um dentre eles empregou medidas de aptidão cardio-vascular. A maioria dos estudos sobre populações não hospitalizadas não teve grupos controle equivalentes aos dos grupos experimentais, fazendo com que amostras tendenciosas gerassem problemas de validade interna nas pesquisas. Outro problema levantado pelas autoras, que aumenta a dificuldade de interpretação dos resultados e intensidade das atividades físicas propostas. Além disso, nesses estudos comumente não se deu atenção às diferenças individuais e este é um fator extremamente importante, visto que a maneira pela qual cada pessoa vive a experiência da atividade física, difere muito. Uma vez que as crenças; as expectativas; os tipos de atividades preferidas; e as suas identificações são distintas. Assim sendo, é fundamental que as futuras pesquisas sobre o assunto levem em consideração as deficiências que essa área de estudo apresenta.

Mc Auley e Rudolph (1995) constatarem que a grande maioria dos estudos sobre essa área focaliza sua atenção sobre os efeitos de atividade física na redução de estresse ou ansiedade/depressão, numa perspectiva que limita a definição de saúde mental ou de bem estar psicológico.

Assim, as possíveis utilidades do exercício e da atividade física na melhora das funções psicossociais em populações normais e não clínicas têm sido ignoradas. Os autores comentam, também a ampla variedade de definições dos termos “saúde psicológica” e “saúde mental”. Eles mostram que a falta de consenso é tão grande que “bem estar psicológico”, por exemplo, poderia ser definido como aquilo que o pesquisador identifica como sendo a variável a ser analisada em seu estudo. Dessa forma, variáveis que vão de tempo de reação, memória, e estado de ânimo à ansiedade, depressão, felicidade e domínio têm sido todas englobadas sob a insígnia “saúde mental”.

Morgan & O'Connor (1988) também se referem a um considerável corpo de conhecimentos que confirma a associação entre benefícios psicológicos e atividade física de longo termo e forte intensidade. Eles observam que são reportadas melhoras no estado de humor tanto em pacientes não hospitalizados e em indivíduos sadios sendo os efeitos mais constantemente observados em portadores de distúrbios psíquicos leves a moderados.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Características da pesquisa

Neste estudo procurou-se investigar, se o familiar esquizofrênico pratica ou não atividade física, segundo a percepção dos pais ou responsáveis. Foi empregado o método descritivo, com inferência indutiva da amostra para a população (LAKATOS, 1983).

População e amostra

A população de referência deste estudo, conforme levantamento previamente realizado, constituiu-se de 91 familiares esquizofrênicos cadastrados no Centro de Assistência Psicossocial de Blumenau (CAPS), no período de janeiro/2000 até junho/2002. Portanto, para cada paciente esquizofrênico cadastrado foi destacada “uma pessoa” entre os pais ou responsáveis para responder as questões da entrevista, preferencialmente aquela que tem maior tempo de convívio com o familiar esquizofrênico, passando a ser denominada “informante”.

A amostra deste estudo foi constituída por 75 familiares esquizofrênicos, pertencentes a uma faixa etária compreendida entre 13 e 66 anos de idade, (46 indivíduos do sexo masculino e 29 do sexo feminino) tendo como informantes, os pais ou responsáveis. A seleção da amostra foi determinada de forma intencional por todos os indivíduos que estavam cadastrados no CAPS e que voluntariamente

seus pais ou responsáveis, aceitaram participar do estudo participando da entrevista.

Instrumentos de pesquisa

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

1. Ficha de identificação dos pais ou responsáveis (Anexo 1).
2. Ficha de identificação do familiar esquizofrênico (Anexo 2).
3. Roteiro da entrevista (Anexo 3).
4. Gravador com fita cassete para registro simultâneo da entrevista.

Conforme autorização do respondente, (o gravador ficava ligado, somente no momento das questões subjetivas da entrevista) este instrumento foi utilizado para evitar interrupções nas falas dos informantes.

Em razão da especificidade dos dados, referentes à proposta deste estudo, a entrevista estruturada foi construída e adaptada para atender aos objetivos, inicialmente formulados com base na literatura encontrada e composto das seguintes partes:

1. Dados de Identificação dos Respondentes (relação mantida entre informante e indivíduo esquizofrênico; nível sócio econômico; horas de afastamento do informante do indivíduo com esquizofrenia).
2. Dados de Identificação do Familiar Esquizofrênico (sexo, idade, estado civil, trabalho, onde mora, com quem mora, grau de instrução e a frequência anual de crises de esquizofrenia).
3. Roteiro da entrevista com os pais ou responsáveis de familiares esquizofrênicos contendo 16 questões.

Com relação às variáveis referentes à identificação dos informantes e familiares esquizofrênicos, somadas com as outras questões sobre prática de atividade física, envolvendo os FEs, foi utilizado um roteiro de entrevista com questões que atendeu aos objetivos específicos do estudo, levando-se em consideração as características da população alvo. Este questionário constituiu-se dos seguintes componentes: nível sócio-econômico, através do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP, 1997); dados pessoais; disponibilidade de

tempo para prática de atividade física; ocupação do tempo livre e a prática de atividade física (Quadro 01).

Quadro 01: Matriz analítica da entrevista sobre a participação do familiar esquizofrênico na prática de atividade física; segundo a percepção dos Pais ou Responsáveis.

1, 2	Disponibilidade do tempo livre	O tempo livre que o FE possui para a prática de atividade física (atividades domésticas; laborais; esportes; exercícios físicos e outras). Horas diárias, gastas para a ocupação do tempo livre.
3, 4, 5, 6, 7, 8	O FE e a prática da atividade física	Pratica ou não atividade física. Tipo de atividade física, intensidade: leve, moderada, intensa. Duração / frequência. Com quem pratica atividade física, local, período do dia, condições de infraestrutura.
9	O FE que não pratica atividade física	Justificativa, segundo a percepção dos pais ou responsáveis.
10	Orientação externa sobre a importância da atividade física	Ouviu falar ou foi orientado sobre a importância da atividade física. Por quem e de que forma.
11, 12, 13, 14, 15, 16	A percepção dos pais ou responsáveis	Qual a importância da atividade física na vida do FE? As ações efetuadas no passado e presente. A pretensão para o futuro.

Procedimentos na coleta de dados

Precedendo a coleta de dados, foram aprovados os protocolos de intervenção no estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer Consubstanciado – Anexo 6)

Posteriormente foi solicitada autorização da Secretaria de Saúde do Município de Blumenau, do CAPS e dos Pais ou Responsáveis pelos familiares esquizofrênicos.

A coleta de dados foi realizada conforme as seguintes etapas:

Após um exame de todos os prontuários de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia datados de janeiro de 2000 a junho de 2002, foram coletados os dados de identificação de cada paciente, o endereço e o telefone. Em seguida foi providenciada:

1. Entrevista, a ser respondida por um dos pais ou responsável, num total de 16 questões, sendo que as questões de um até oito, eram questões diretivas e fechadas e as questões de nove a dezesseis eram de natureza aberta, procurando captar as diversas respostas na sua essência, traduzindo literalmente o depoimento de cada informante. A entrevista foi montada conforme a matriz analítica apresentada no Quadro 1. A entrevista oral foi registrada manualmente e com o auxílio de um gravador para as questões subjetivas.

2. Cada pai ou responsável selecionado para participar da pesquisa, era contatado por telefone ou pessoalmente para combinação dos procedimentos necessários à realização da mesma. Foi sugerido aos pais ou responsável, um horário, dos vários horários disponíveis, em dias variados da semana, nos três períodos do dia, um encontro para efetuar a entrevista, no CAPS ou na própria residência dos mesmos. Todos os pais ou responsáveis que não possuíam telefone foram procurados e entrevistados nas suas próprias residências. Aqueles que não foram encontrados tiveram que ser substituídos por outros.

3. O entrevistado era consultado se permitia ou não que a entrevista fosse gravada numa fita cassete servindo de instrumento de reforço, para que não houvesse o risco de perder alguma informação importante.

Tratamento estatístico e análise dos dados

Com base nos objetivos propostos, utilizou-se para tabulação dos dados e para a análise estatística os procedimentos contidos no pacote estatístico “Statistical Package for the Social Science” (SPSS), versão 10.0.

Na análise das variáveis quantitativas, foi utilizada a distribuição em frequências, percentagens e o teste de associação qui-quadrado, para analisar as diferentes proporções nas respostas. Quanto às variáveis qualitativas, optou-se pela análise de conteúdo ou análise interpretativa, respeitando-se na íntegra os depoimentos de cada informante, porém agrupado-as em categorias, conforme elas se repetiam.

Limitações do estudo

Admitiram-se para este estudo, as seguintes limitações:

a) A falta de controle com relação à veracidade das respostas e reprodutibilidade de fatos acontecidos no passado (memorização) dos informantes.

b) O tamanho da amostra: o tamanho da população de referência real, no período selecionado, poderia ser maior se fossem considerados também os pacientes não cadastrados no CAPS de Blumenau.

c) A exclusão de alguns familiares esquizofrênicos da participação da pesquisa, por motivos de força maior: fornecimento de dados errôneos (endereço, número de telefone, dados de identificação) através dos prontuários do CAPS e o desaparecimento ou morte de alguns indivíduos cadastrados.

d) A heterogeneidade da doença esquizofrenia. Mesmo com os critérios diagnósticos cada vez mais aprimorados quanto à sua objetivação e reprodutibilidade, a validade conceitual da esquizofrenia permanece em aberto. Pela diversidade de sintomas e manifestações clínicas, fica quase impossível atualmente, fazer qualquer generalização.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se à apresentação e discussão dos resultados, respeitando a mesma seqüência proposta para os objetivos específicos.

De acordo com os objetivos que norteiam este trabalho, primeiramente, foram apresentados e comparados os dados que identificam as características sócio-demográficas, tanto do informante (Pais ou Responsáveis) quanto do familiar esquizofrênico (FE).

4.1. Características sócio-demográficas dos respondentes (pais ou responsáveis).

Nesse estudo foi de suma importância, identificar a procedência dos dados e as características dos sujeitos da população. Neste sentido, buscou-se através das características sócio-demográficas, estabelecer a relação entre informante (Pais ou Responsáveis - PRs) e o familiar esquizofrênico (FE), o grau de instrução e o nível sócio-econômico do informante, bem como as horas que este passa afastado do FE.

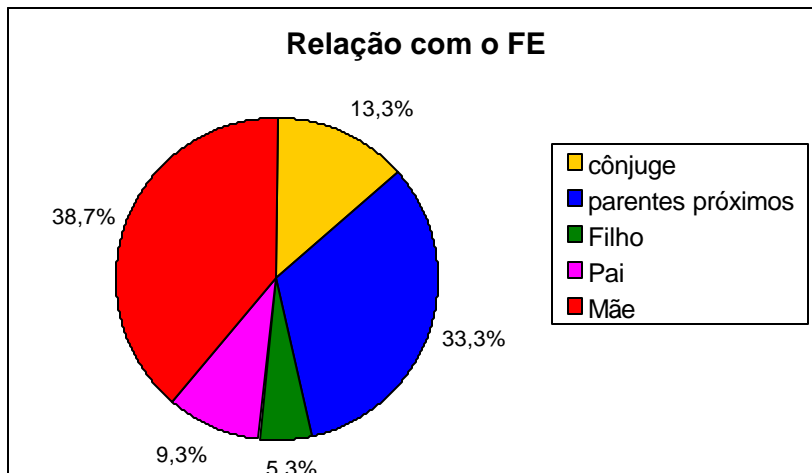
Na Figura 1, são apresentadas as freqüências das relações de parentesco entre o informante e o familiar esquizofrênico, sendo que as maiores freqüências do familiar responsável pelo cuidado do FE foram às mães (38,7%; n=29) seguidas dos parentes próximos (33,3%; n=25), ficando para os pais, um número de (9,3%; n=7).

Talvez, pelas obrigações profissionais que normalmente ficam a cargo do pai, como chefe de família e dependendo da idade do filho, de repente, até pelo

aspecto de poupar a criança, já que exige uma estrutura mais complexa neste tipo de situação.

Figura 1

Freqüência das relações de parentesco entre o informante e o familiar esquizofrênico



De acordo com Miles (1982), o superenvolvimento emocional, predominantemente representado pela figura da mãe, pode aumentar as probabilidades de uma recaída. Principalmente, se num processo de superproteção excessiva o FE passe a ser infantilizado enquanto cuidado pela mãe.

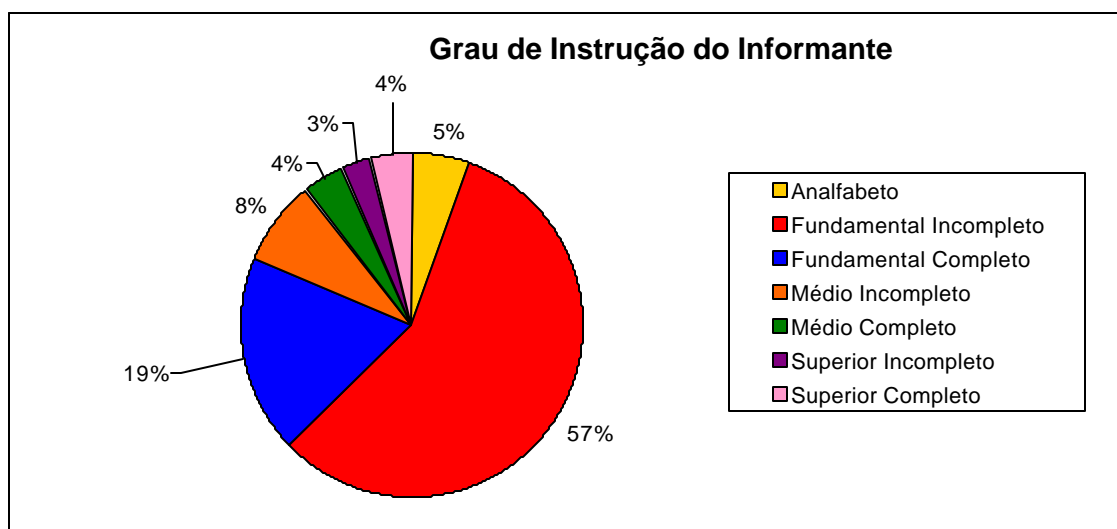
Garrison (1978) notou, para sua surpresa, que o processo de retraimento social, ocorria progressivamente na seguinte ordem de evolução: os primeiros vínculos a serem rompidos são os conjugais, depois as relações com os outros parentes (com exceção do vínculo pai/filho), e curiosamente são mantidas a dependência em associações ou em pessoas não aparentadas (amigos, vizinhos, colegas, afiliações religiosas ou correntes de cura).

Quanto ao grau de instrução dos informantes (PRs); (Figura 2), a maioria (57,3%) possuía o Ensino Fundamental incompleto, coincidindo também com o nível de instrução mais apontado pelos familiares esquizofrênicos, (60%). Os demais informantes, se dividiam em analfabetos (5,3%; n=4), fundamental

completo (18,7%; n=14), ensino médio incompleto (8%; n=6), ensino médio completo (4%; n=3), superior incompleto (2,7%; n=2), e superior completo (4%; n=3).

Figura 2

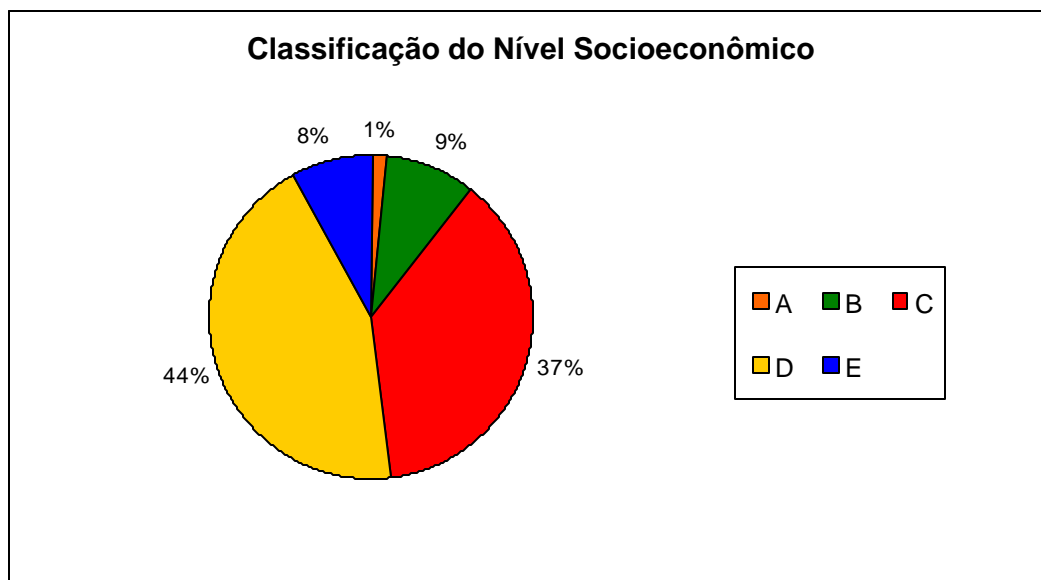
Grau de instrução dos informantes (Pais ou Responsáveis)



O nível sócio-econômico dos informantes, que incluem a quase totalidade dos FEs, pertencem às classes sociais de nível “C (37,4%) e D (44,0%)”, (Figura 3), assinalando uma baixa pontuação, o que significa baixo poder econômico e aquisitivo, associados ao baixo grau de instrução, por isso mesmo com menos possibilidades de ascensão social, expressando um aumento de dificuldades no manejo com o familiar esquizofrênico, já que este, exige um dispêndio de recursos muito maior do que normalmente seria necessário.

Figura 3

Classificação do nível socioeconômico dos informantes (Pais ou Responsáveis)



No Brasil, no início da década de 80 o cuidado psiquiátrico era quase que exclusivamente realizado em hospitais, quando através de observação de cuidados na comunidade, passou-se à mudança na política de saúde mental. A partir daí, houve uma redução de 25% no número de leitos psiquiátricos no período de 1987 e 1991 (ALVES et al., 1992). Hoje, a maioria da população só têm acesso ao atendimento público quando necessita de fato, de cuidados psiquiátricos, já que o cuidado particular à saúde é muito caro para essas pessoas e muitos planos de saúde particulares não dão cobertura nos casos de internações mais prolongadas. Mudanças mais recentes no Sistema de Saúde Mental Nacional, estão propiciando uma maior oferta regionalizada do cuidado à saúde mental para uma fração maior da população brasileira.

Para Desjarlais et al., (1995, p.53), as famílias são responsáveis no mundo inteiro pela maior parte dos cuidados dos doentes mentais: “O que constitui uma família em determinada sociedade e quais recursos as famílias têm disponíveis para responder à doença mental, varia imensamente. Mas todo sistema de saúde inclui e depende profundamente das famílias”.

Conforme a Figura 4 demonstra, foi possível verificar que 41 familiares (54,7%) permaneciam o tempo todo junto do FE, fato que ultrapassa o sentido

casual, evidenciando muito mais uma necessidade. As mães (62,1%) foram as que menos se afastavam dos FEs, seguidas dos parentes próximos 52,0%, (Figura 5).

Figura 4

Tempo de afastamento dos Pais ou Responsáveis

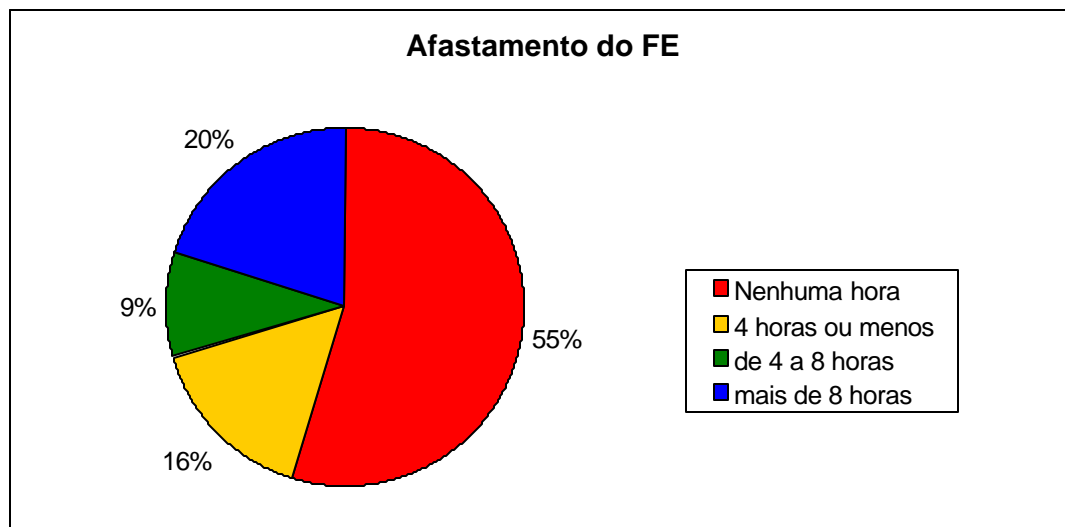
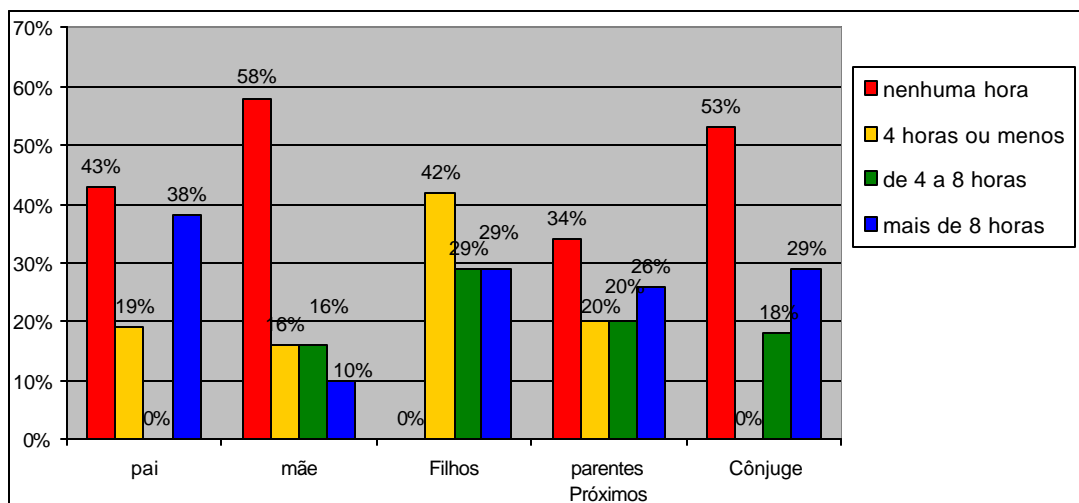


Figura 5

A relação com o FE e o tempo de afastamento do FE



A seguir são apresentadas, na Tabela 1, as características sócio-demográficas dos informantes (pais ou responsáveis).

Tabela 1

Características sócio-demográficas dos respondentes (Pais ou Responsáveis)

	Frequência	%
<i>Relação com o FÉ</i>		
Pai	7	9,3
Mãe	29	38,7
Filho	4	5,3
Parentes Próximos	25	33,4
Cônjuge	10	13,3
<i>Grau de Instrução</i>		
Analfabeto	4	5,3
Fundamental Incompleto	43	57,3
Fundamental Completo	14	18,7
Médio Incompleto	6	8
Médio Completo	3	4
Superior Incompleto	2	2,7
Superior Completo	3	4
<i>Nível sócio econômico classificação</i>		
A	1	1,3
B	7	9,3
C	28	37,4
D	33	45
E	6	8
<i>Afastamento do FE</i>		
Nenhuma Hora	41	54,7
4 horas ou menos	12	16
de 4 a 8 horas	7	9,3
mais de 8 horas	15	20

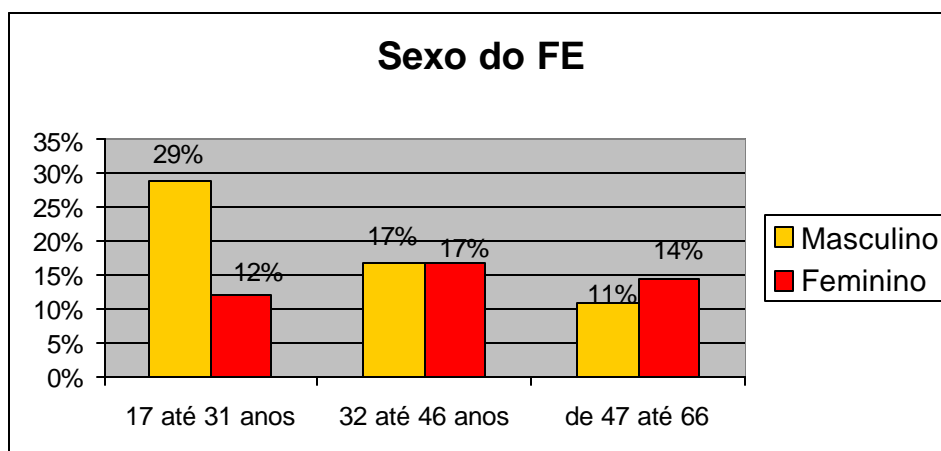
Portanto, constatou-se que 71,1% dos FEs conviviam mais diretamente com suas mães e com parentes próximos. Possuíam na maioria, o ensino fundamental incompleto (57,7%) e pertenciam predominantemente, às classes sociais C e D (81,4%). As mães eram as que menos se afastavam dos FE.

4.2. Características sócio-demográficas dos familiares esquizofrênicos (FEs)

Na seqüência do estudo, procurou-se determinar as características sócio-demográficas específicas do FE, como: sexo, idade, estado civil, trabalho, onde mora, com quem mora e o grau de instrução. Este estudo, teve uma amostra composta de 46 homens (61,3%) e 29 mulheres (38,7%) com esquizofrenia. Apresentaram uma idade média de 35,6 anos, sendo que os homens tinham uma média de 34,8 anos e as mulheres 37,1 anos de idade, conforme a Figura 6.

Figura 6

Quantidade de FEs por sexo e faixa etária.

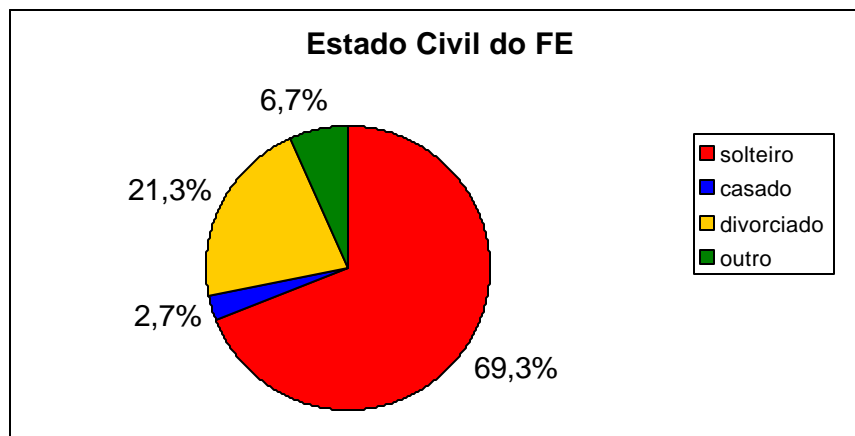


Uma das maiores descobertas em esquizofrenia é que os homens têm um início da doença mais precoce do que as mulheres, confirmando o que já descrevia Kraepelin apud Mc Hugh, (1988) no início do século: que a demência precoce era uma doença que acometia mais jovens do sexo masculino.

Neste estudo, com referência ao estado civil dos familiares esquizofrênicos, a maioria (69,3%) eram solteiros. Somente 16 indivíduos (21,3%) eram casados (Figura 7). O estado civil é considerado como um dos melhores fatores preditivos da evolução da esquizofrenia. Estar casado é uma condição de adaptação psicossocial pré-mórbida boa e está relacionada com um prognóstico mais favorável (PAKASLAHT, 1992).

Figura 7

Estado civil dos FEs



Relacionado ao estado civil, vários estudos evidenciaram que os homens esquizofrênicos têm maior probabilidade de permanecer solteiros (AFFLECK e cols., 1976; WATT & SZULECKA, 1979; WATTIE & KEDWARD, 1985; HAFNER e cols., 1989; GUREJE, 1991). Isto parece justificar-se devido a vários fatores como: a idade de início da doença mais precoce, refletindo numa dificuldade de adaptação psicossocial, um comportamento mais ativo (SEEMAN, 1982) e o fato de que o homem com esquizofrenia têm mais dificuldade de abandonar as relações infantis por novos relacionamentos, principalmente se for do sexo oposto (SALOKANGAS, 1983).

Quanto à questão sobre se o FE trabalha, 68 indivíduos responderam que não (90,7%), portanto de cada 10 somente 1 trabalhava. Pesquisas revelaram que a superexpectativa do FE, pode levar à colocação em um emprego competitivo um indivíduo muito prejudicado sintomática ou cognitivamente (HOGARTY et al., 1995). Se isto ocorrer devido aos fatores de estresse do local de trabalho a recaída passa a ser um risco eminente.

Metade dos indivíduos esquizofrênicos experienciava graves efeitos colaterais devido ao tratamento, sendo que os outros que não aderiam ao tratamento possuíam sintomas persistentes, positivos e negativos com déficits no funcionamento social (BRENNER, et al., 1990).

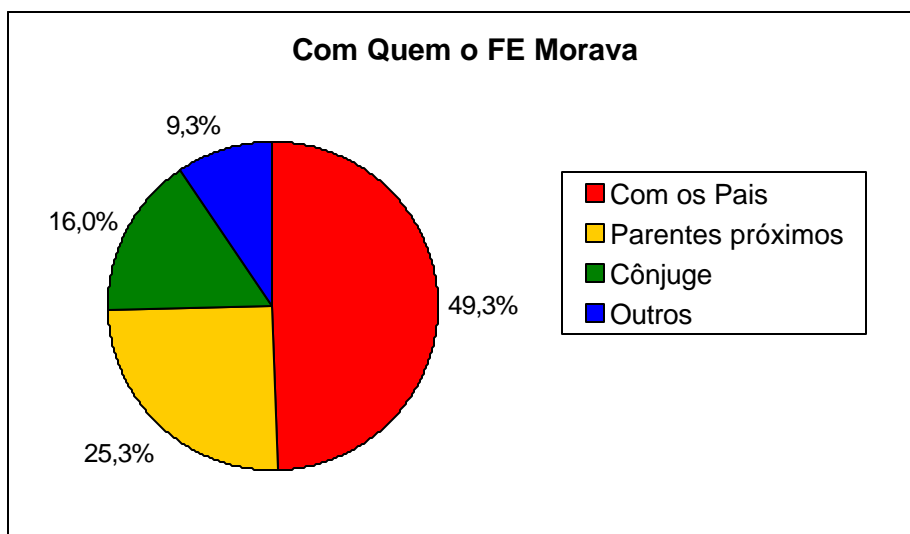
Hoje em dia fica difícil definir ajustamento social. Por isso está se preferindo usar os termos “competência social ou funcionamento social”, os quais podem ser avaliados por algumas escalas desenvolvidas ora dando ênfase aos comportamentos socialmente inadequados, outras vezes contabilizando os prejuízos em papéis sociais (PANTELIS & CURSON, 1994; WEISSMAN, 1975).

Segundo a Organização Mundial de Saúde: incapacitação social é uma disfunção na performance de papéis sociais específicos, normalmente esperados de um indivíduo pelo grupo social ou comunidade a que pertence. Para isso, desenvolveu um instrumento para avaliar o nível de funcionamento de maneira padronizada, que se chama Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (Disability Assessment Scale – DAS), (JABLENSKI et al., 1980; WHO, 1988).

Com referência ao local de moradia dos familiares esquizofrênicos, 62 indivíduos (82,7%) moravam no mesmo endereço da pessoa responsável. E os maiores responsáveis pelos cuidados do FE, eram os pais, representando 37 deles no total geral da pesquisa (49,3%), vindo em seguida os parentes próximos, num número de 19 pessoas (25,3%), conforme a Figura 8.

Figura 8

Caracterização da amostra de acordo com quem o FE morava.



Poucos familiares esquizofrênicos moravam sozinhos, a maioria morava com a mãe. A mãe foi considerada como a pessoa mais importante para o FE, já que era a pessoa que permanecia mais tempo com ele.

Atualmente a família é o principal meio de cuidado do FE, devido à maior ênfase no tratamento comunitário para indivíduos esquizofrênicos. Independente da sua vontade, os familiares precisam intermediar as ações no mundo para o FE, servindo às vezes de psicoterapeutas, consolando, ajudando, aconselhando e direcionando a sua vida (SEEMAN, 1988). A família, às vezes, é a única rede social de que o FE dispõe. Por isso, a família precisa conhecer um pouco de farmacologia para poder observar os efeitos colaterais, tanto na introdução como na retirada dos medicamentos. Devem ser capazes de reconhecer quando o FE está em crise, para providenciar assistência médica.

Em outros estudos, Biehl et al., (1986) encontraram diferentes características associadas a um pior prognóstico com pacientes que viviam sozinhos ou com seus pais e estavam mais incapacitados do que aqueles que viviam com o cônjuge ou em lares abrigados.

De Jong et al., (1985), encontraram uma associação entre pior prognóstico da esquizofrenia e baixo nível de educação formal, além de ser solteiro, morar com os pais e ter níveis de ocupação inferiores.

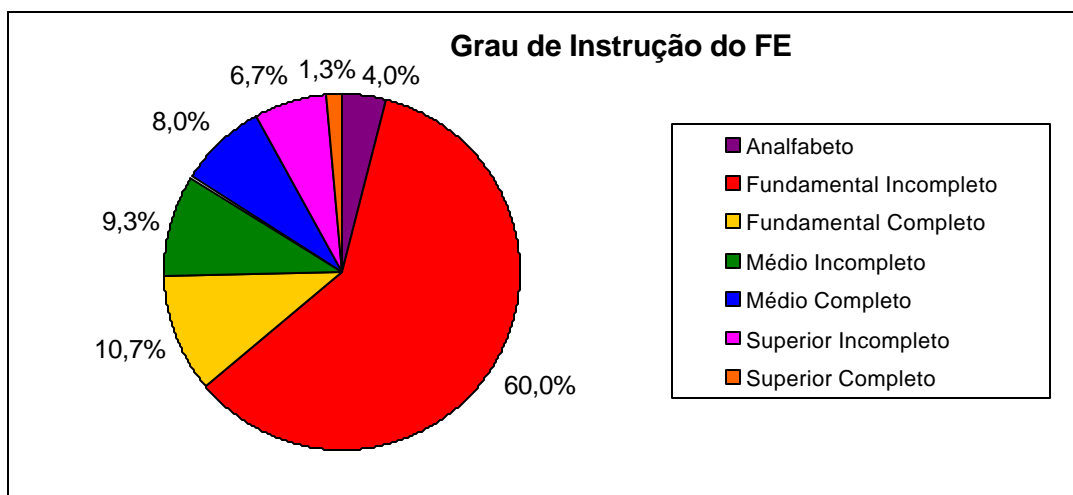
O FE que retornava de uma internação para junto da sua esposa e filhos apresentavam maior probabilidade de funcionar em papéis sociais normais do que aquele que vivia com a mãe ou ambos os pais (MILES, 1982). Este papel social do FE, ocupando a posição de filho ou filha da família, embora seja uma pessoa já adulta, era tratado como se fosse uma criança, com baixas exigências no que diz respeito aos estudos ou na aquisição de um emprego.

O nível de instrução mais apontado pelos familiares esquizofrênicos foi o ensino fundamental incompleto, (60%; n=45) os demais FEs se dividiam em analfabetos (4%; n=3), os que possuíam o ensino fundamental completo (10,7%; n=8), ensino médio incompleto (9,3%; n=7), ensino médio completo (8%; n=6), superior incompleto (6,7%; n=5) e superior completo (1,3%; n=1), como demonstra a Figura 9. Apenas 1 familiar esquizofrênico declarou ter concluído o curso superior completo.

Trata-se de uma pessoa do sexo feminino, com 38 anos de idade, que apresentou sua primeira crise de esquizofrenia por volta dos 22 anos, ou seja, numa época que ainda não havia apresentado sinais da doença portanto, teve a oportunidade de concluir o ensino superior, o que não ocorre quando a doença se manifesta precocemente, interrompendo o curso normal da vida.

Figura 9

Caracterização da amostra de acordo com o grau de instrução do FE



Para Huber et al., (1975), conforme um estudo de seguimento de pacientes esquizofrênicos, por um longo período, concluíram que o grau de escolaridade mais alto estava associado com melhor estado psicopatológico.

Pesquisas realizadas nos principais Centros Urbanos do Brasil têm demonstrado que o grau de escolaridade mais que a renda, está associado com padrões de uso de serviços, comportamentos relacionados com a saúde e capacidade de compreender melhor as mensagens de educação para a saúde (OSIS et al., 1993; DUNCAN et al., 1993). Existe alguma evidência de que aqueles com predisposição para desenvolver esquizofrenia têm pior ajustamento nos primeiros anos escolares (DONE et al., 1994). A seguir são apresentadas na Tabela 2 as características sócio-demográficas dos FEs (familiares esquizofrênicos).

Tabela 2

Características sócio-demográficas dos FEs (familiares esquizofrênicos)

	Frequência	%
<i>Sexo do FE</i>		
Masculino	46	61,3
Feminino	29	38,7
<i>Idade do FE</i>		
17 a 31 anos	32	42,7
32 a 46 anos	28	37,3
47 a 66 anos	15	20
<i>Com quem mora o FE</i>		
Com os Pais	37	49,3
Parentes próximos	19	25,3
Cônjuge	12	16
Outros	7	9,3
<i>Grau de Instrução do FE</i>		
Analfabeto	3	4
Fundamental Incompleto	45	60
Fundamental Completo	8	10,7
Médio Incompleto	7	9,3
Médio Completo	6	8
Superior Incompleto	5	6,7
Superior Completo	1	1,3

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre o nível sócio econômico e idade ($\chi^2=7,44$; $p=0,49$) e nível de instrução do FE ($\chi^2=12,05$; $p=0,44$), conforme a Tabela 3.

Tabela 3

Frequência do nível socioeconômico por faixa etária e grau de instrução do FE

	17 a 31 anos		32 a 46 anos		47 a 66 anos			
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	X²	p
Nível Socioeconômico (Classificação)								
A	1	1,3						
B	3	4	1	1,3	3	4		
C	13	17,4	10	13,3	5	6,7	7,44	0,49
D	12	16	16	21,3	5	6,7		
E	3	4	1	1,3	2	2,7		
Grau de Instrução do FE								
Analfabeto			1	1,3	2	2,7		
Fund. Incpl.	17	22,7	20	26,7	8	10,7		
Fund. Comp.	4	5,3	3	4	1	1,3		
Méd. Incpl.	5	6,7	1	1,3	1	1,3	12,05	0,44
Méd. Comp.	3	4	1	1,3	2	2,7		
Sup. Incpl.	3	4	1	1,3	1	1,3		
Sup. Comp.			1	1,3				

Os familiares esquizofrênicos (FEs), que freqüentavam o CAPS eram na maioria (61,3%) do sexo masculino; Desses FEs, 80% estavam na faixa etária entre 17 e 46 anos; 60% possuíam o ensino fundamental incompleto e pertenciam as classes sociais C e D (81,4%). Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre idade, nível socioeconômico e nível de instrução.

4.3. Identificação da freqüência anual das crises de esquizofrenia por faixa etária.

Em geral, o período de maior incidência de crises de esquizofrenia ocorreu numa faixa etária que compreendia dos 22 aos 30 anos de idade. Comparando as faixas etárias, verificou-se que a partir dos 13 – 17 anos até a faixa alvo 22 – 30 anos, as crises de esquizofrenia intensificaram-se progressivamente, para em seguida, diminuírem à medida que a idade avançava (Tabela 4 e Figura 10).

Tabela 4

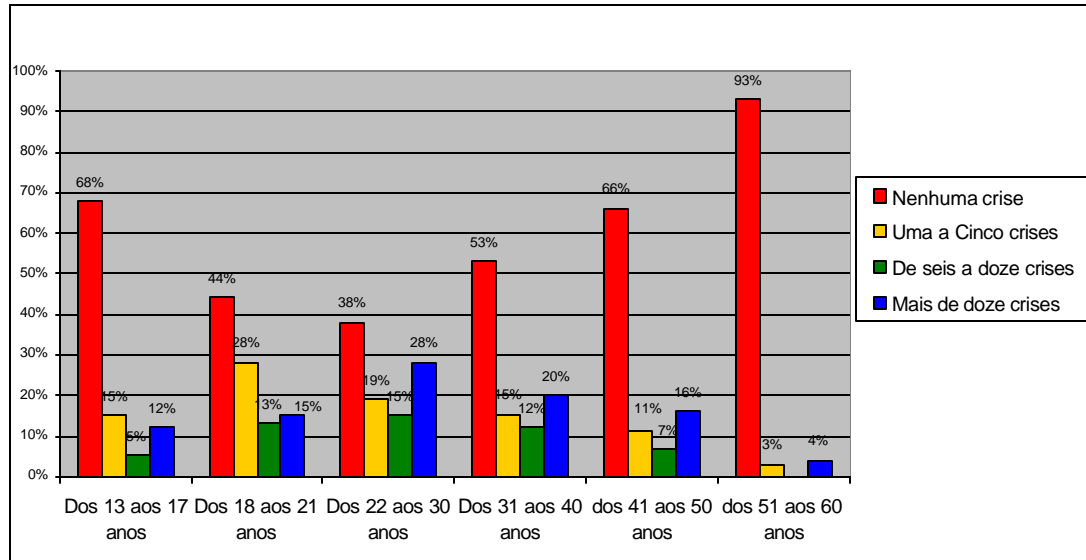
Frequência geral anual de crises de esquizofrenia.

	17 a 31 anos	32 a 46 anos	47 a 66 anos	Frequência Geral (%)
<i>Dos 13 aos 17 anos</i>				
Nenhuma	50			66,7
Uma a cinco	13			17,3
Seis a doze	3			4
Mais de doze	9			12
<i>Dos 18 aos 21</i>				
Nenhuma	34			45,3
Uma a cinco	21			28
Seis a doze	9			12
Mais de doze	11			14,7
<i>Dos 22 aos 30 anos</i>				
Nenhuma	27			36
Uma a cinco	15			20
Seis a doze	11			14,7
Mais de doze	22			29,3
<i>Dos 31 aos 40 anos</i>				
Nenhuma		40		53,3
Uma a cinco		11		14,7
Seis a doze		9		12
Mais de doze		15		20
<i>Dos 41 aos 50 anos</i>				
Nenhuma		52		69,3
Uma a cinco			7	9,3
Seis a doze			5	6,7
Mais de doze			11	14,7
<i>Dos 51 aos 60 anos</i>				
Nenhuma			69	92
Uma a cinco			2	2,7
Mais de doze			4	5,3

Não foram encontradas associações estaticamente significativas, através do teste de qui-quadrado, entre frequência anual de crises de esquizofrenia e faixas etárias.

Figura 10

Freqüência geral de crises de esquizofrenia



Referente ao sexo masculino, dos 13 aos 17 anos, 31 indivíduos (67,4%) ainda não apresentavam crises de esquizofrenia, com apenas 8 (17,4%) dos indivíduos começando a acusar o aparecimento delas. Dos 18 aos 21 anos de idade, a freqüência da variável nenhuma crise, começou a diminuir passando para 20 (43,5%), subindo para 13 indivíduos (28,3%) com o surgimento das primeiras crises. Dos 22 aos 30 anos atingiu-se o ápice das crises de esquizofrenia, com um maior número de indivíduos, 15 (32,6%) apresentando mais de doze episódios de crise por ano. Este fato, vem corroborar com os resultados de alguns estudos como o de Cooper e cols (1987), os quais revelaram que a incidência da esquizofrenia acentua-se na faixa etária de 20-29 anos tanto para homens quando para mulheres. Também ressaltaram que novos casos de esquizofrenia raramente ocorrem antes da puberdade e acima de 50 anos. Além disso, puderam verificar, como neste estudo, que houve uma repetição do perfil em 10 dos 12 centros participantes do estudo multicêntrico, ou seja, uma incidência discretamente maior nos indivíduos jovens do sexo masculino, para uma posterior inversão para o sexo feminino na faixa etária de 40-49 anos.

Dos 31 aos 40 anos, as crises ainda se mantiveram, porém em menor ritmo. Dos 41 aos 50 anos esta freqüência diminuiu mais ainda e finalmente, dos

51 aos 66, a freqüência passou a decair acentuadamente conforme as idades iam aumentando.

Observando-se a evolução da freqüência das crises de esquizofrenia no sexo feminino, nas diferentes faixas etárias, verificou-se que dos 13-17 anos e 18-21 anos, não houveram grandes diferenças em relação ao sexo masculino. Dos 22-30 anos, as mulheres iniciaram um processo de acentuação das crises de esquizofrenia; Dos 31-40 anos, elas demonstraram uma estabilização nas freqüências de uma a cinco e seis a doze crises por ano, somadas para atingir uma freqüência maior, equiparando-se com aquelas mulheres que não acusavam nenhuma crise. Dos 41 aos 50 anos, as crises de esquizofrenia estabilizaram, num número de mais de doze crises anuais, com uma maior intensificação.

E assim como ocorreu para o sexo masculino, a freqüência de crises de esquizofrenia a partir dos 51-60 para o sexo feminino, apresentaram um decréscimo. A seguir são apresentados, nas figuras de 11 a 17, as freqüências de crises de esquizofrenia, comparando-se os dois sexos.

Figura 11

Freqüência anual de crises de esquizofrenia dos 13 aos 17 anos classificados por sexo.

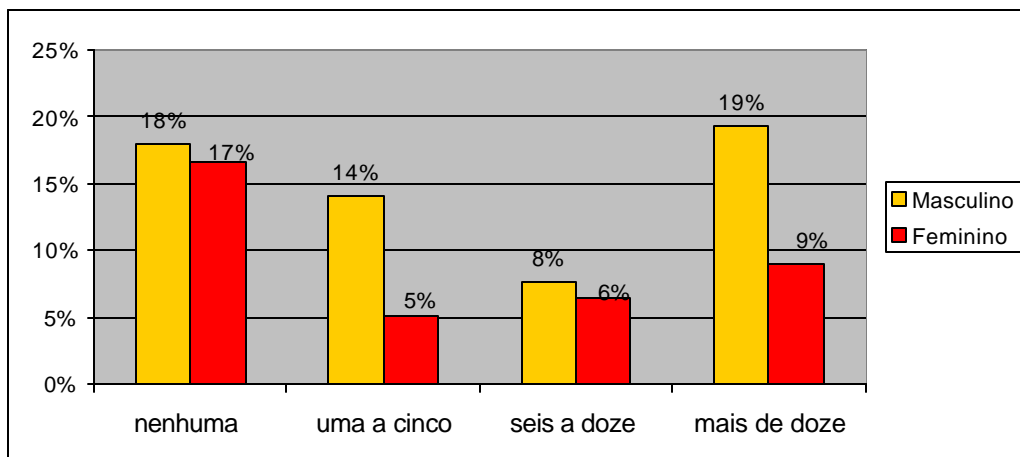


Figura 12

Frequência anual de crises de esquizofrenia dos 18 aos 21 anos classificados por sexo.

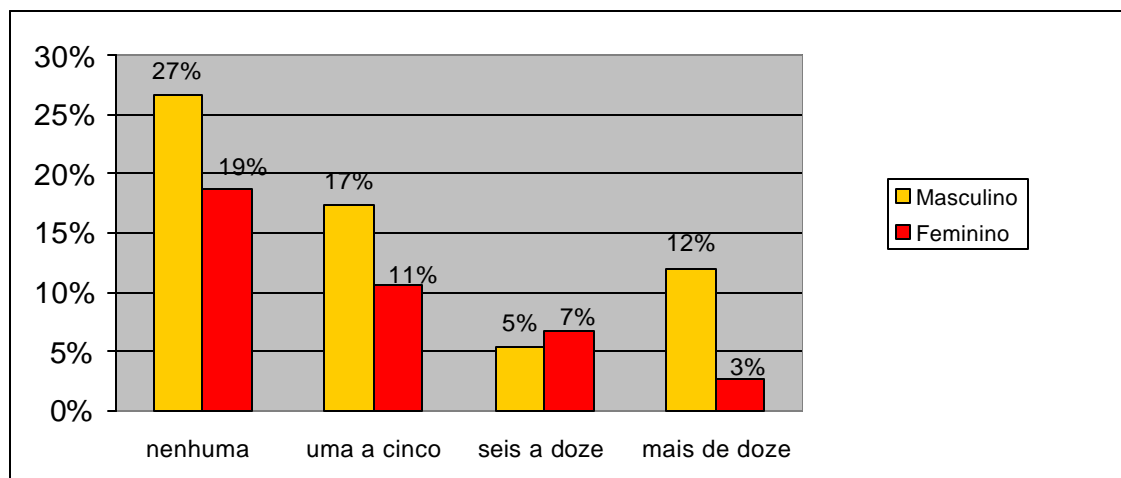


Figura 13

Frequência anual de crises de esquizofrenia dos 22 aos 30 anos classificados por sexo.

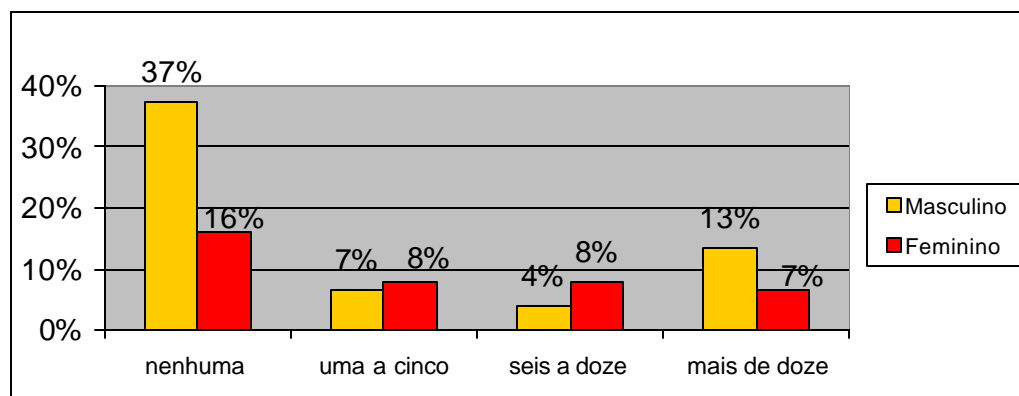


Figura 14

Frequência anual de crises de esquizofrenia dos 31 aos 40 anos classificados por sexo.

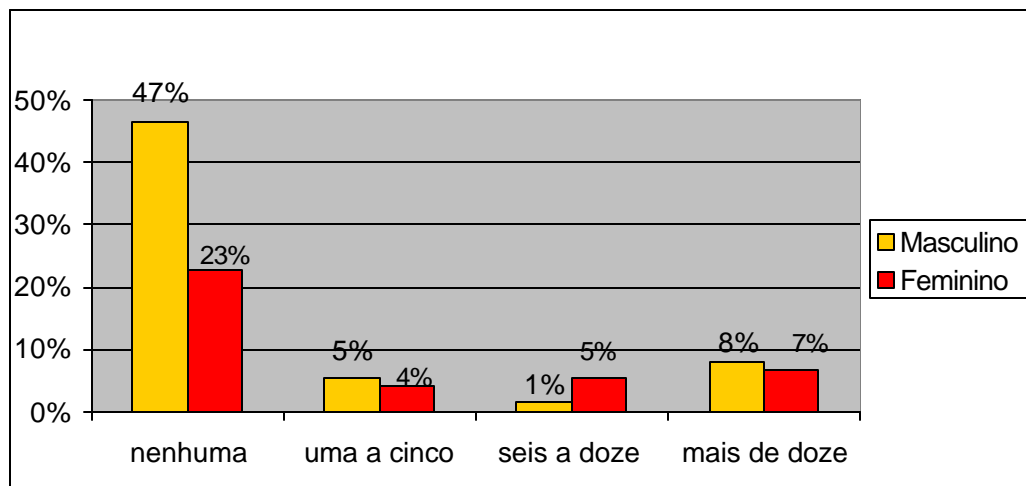
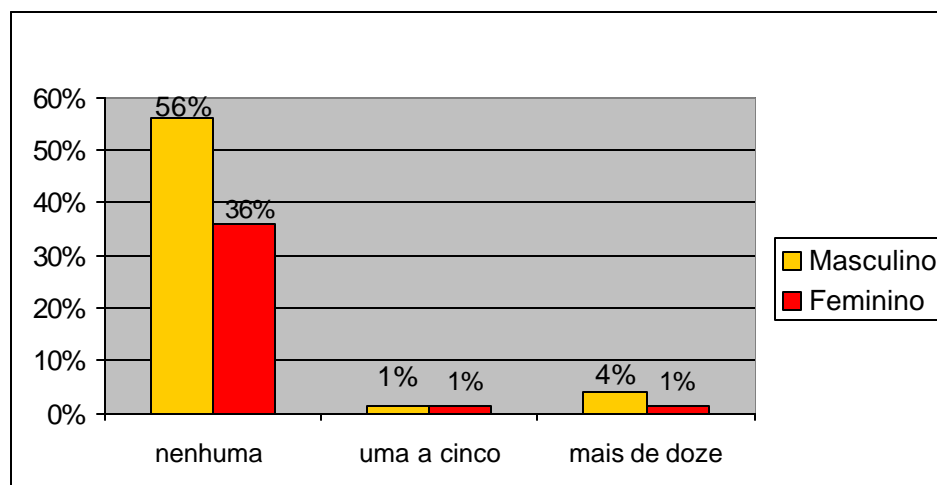


Figura 15

Frequência anual de crises de esquizofrenia dos 41 aos 50 anos classificados por sexo.



A partir de uma revisão de 53 estudos sobre esquizofrenia, realizados desde 1926 até 1983, foi possível verificar que em geral os homens apresentaram uma idade de início da doença mais precoce, sendo que a diferença máxima

encontrada foi de 11,2 anos e a mais freqüente relatada foi uma diferença de 4 a 5 anos.

Numa comparação com taxas de admissão de hospitalização nas diferentes faixas etárias, os homens apresentaram taxas maiores entre o vigésimo e trigésimo ano de idade e as mulheres, entre o trigésimo e o quadragésimo (HAFNER et al., 1989). Os autores defenderam a hipótese que as mulheres têm um risco de desenvolver a esquizofrenia numa velocidade mais lenta do que os homens.

Algumas famílias citaram que não se lembravam exatamente quando iniciou a primeira crise de esquizofrenia, mas quase todas, faziam suposições a respeito de algum fato ocorrido, que poderia ser o possível motivo desencadeador da doença. Essas declarações eram atribuídas a fatos, desde um aparentemente, simples acontecimento até ocorrências extremamente graves, de acordo com a percepção desses familiares. Por exemplo: um jovem que era funcionário exemplar de um Supermercado foi indicado para ser promovido a gerente, a partir daí, começou a apresentar distúrbios de comportamento e confusão mental, não foi promovido e perdeu o emprego. Outro exemplo foi o caso de uma moça que viu seu pai enforcado (suicídio). A família declarou que dessa data em diante a moça nunca mais agiu normalmente.

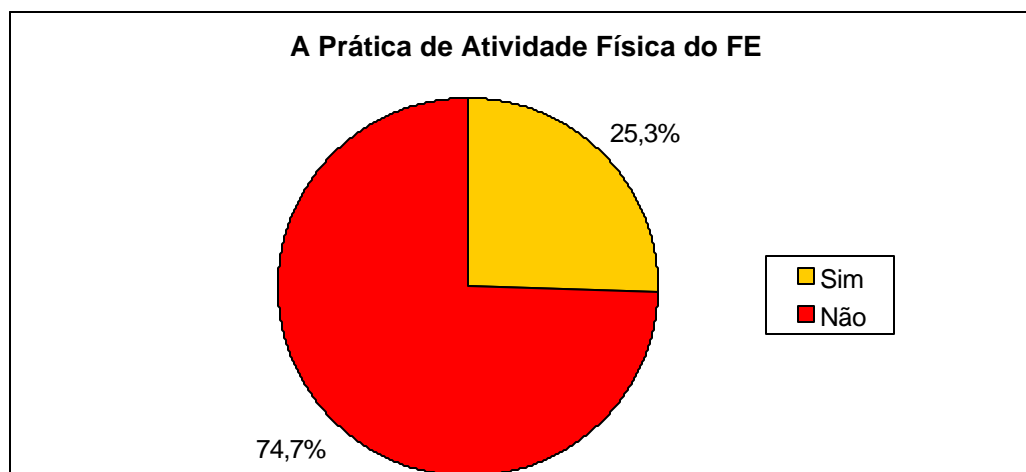
De acordo com a American Psychiatric Association (2000), um paciente que apresenta um primeiro episódio de sintomas caracterizando a esquizofrenia pode, de fato, estar experienciando um episódio esquizofrênico ou pode estar tendo sintomas de uma outra doença que podem causar reações similares.

4.4. O FE pratica atividade física?

De acordo com a Figura 16, a maioria (74,7%) dos FE não praticava atividade física regular, sendo que 25,3% praticavam algum tipo de atividade física. Isto, infelizmente constitui-se numa séria preocupação, já que, conforme este estudo, apenas pouco mais de 1/4 desses indivíduos mantiveram-se ativos. Para Berger (1989), "As pessoas que mais necessitam de atividade física, parece, que são aquelas que têm maior dificuldade de participar".

Figura 16

O FE e a prática de atividade física



As pesquisas científicas não são conclusivas em relação à intensidade da conexão entre atividade física e saúde mental. Mas, alguns estudiosos constataram que os indícios levam a uma ligação causal, com efeitos de curta duração e não exclusivamente com o exercício (BRANNON & FEIST, 1992), enquanto outros destacam que existe uma conexão, entre estas variáveis (SIME, 1990).

A maioria dos estudos considera a hipótese de que o exercício reduz os sintomas de estresse psicológico e fisiológico, com destaque para as atividades aeróbicas que parecem aumentar a aderência dos doentes mentais ao tratamento (BLASCO, 2000). Isto é facilitado, através da percepção positiva da saúde no contato do indivíduo com a natureza e com as outras pessoas, provocando um efeito relaxante (ROEDER & PINHEIRO, 2000).

O exercício, na forma de meditação, ocasiona um estado de consciência alterado e mais relaxado. Além disso, permite a distração, diversão, extravasamento de pensamentos, emoções e condutas inconvenientes, melhorando os sintomas depressivos e ansiolíticos (MORGAN & GOLDSTON, 1985).

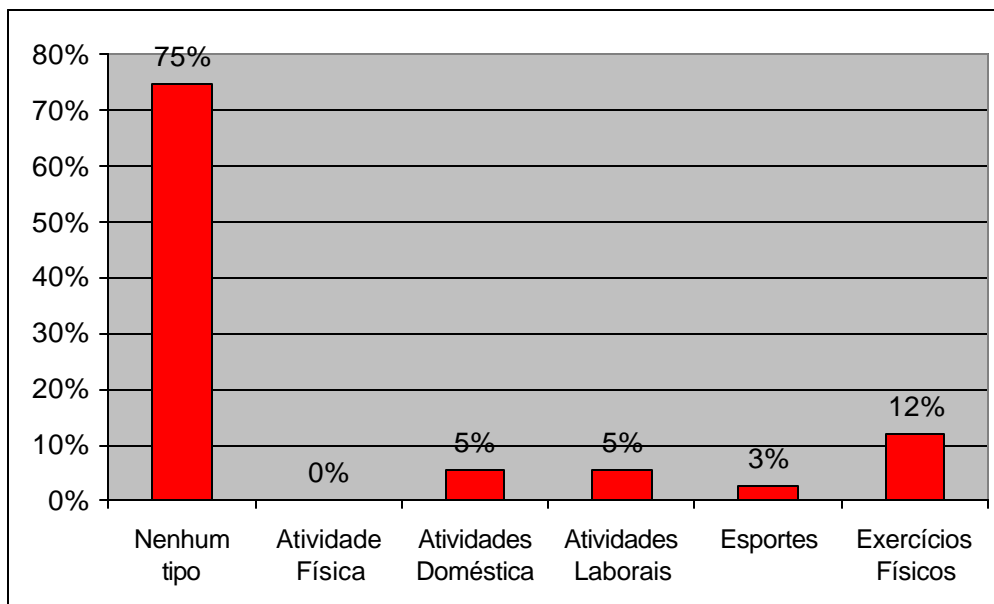
A emocionalidade do praticante de atividade física só é afetada dependendo da frequência de sessões de exercícios/esportes (BECKER JR., 2000).

4.5. A Prática de atividade física (tipo, intensidade, duração e frequência).

De acordo com este estudo, 19 familiares esquizofrênicos (25,3%) da amostra total, praticava atividade física. Por isso, foi necessário investigar entre os praticantes, o tipo, a intensidade, a duração e a frequência das atividades praticadas. Como atividade física, ficaram convencionadas as seguintes atividades: atividades domésticas; atividades laborais; esportes; exercícios físicos e outras. Também foi estipulado que seria considerada atividade física regular, aquela mantida por pelo menos uma vez por semana, já que, tratou-se de uma clientela diferenciada, ou seja, indivíduos com esquizofrenia. A seguir é apresentado o tipo de atividade física praticada pelo FE (Figura 17).

Figura 17

Tipo de atividade física que o FE praticava regularmente

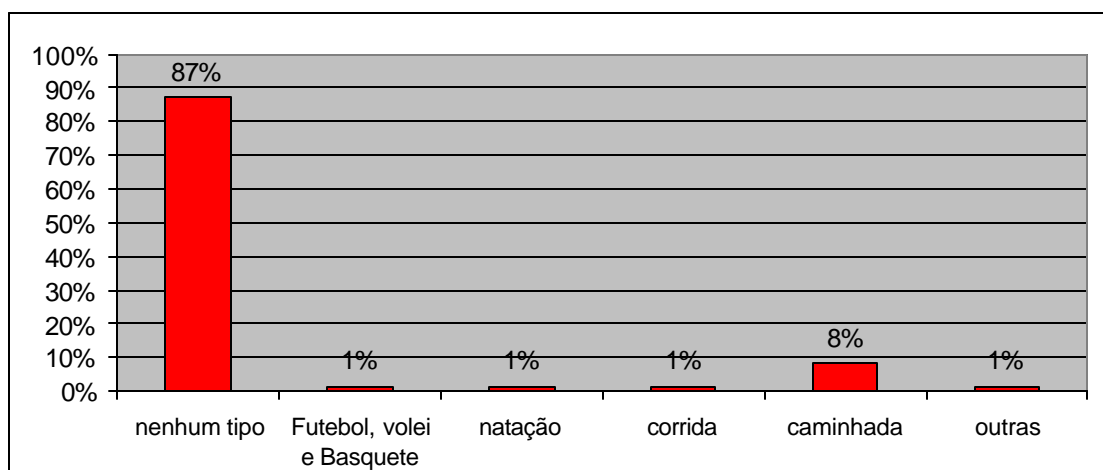


Com relação ao tipo de atividade esportiva praticada, a maior frequência ocorreu para a caminhada, entre aqueles que praticavam esportes, 6 em 10 praticantes. Essa atividade física, é uma das formas mais naturais de movimento realizado pelos seres humanos. Se não ocorrer nenhum problema ao longo da

vida, a caminhada pode ser praticada desde o início até o final da vida. É um exercício auto-regulável na intensidade, duração e frequência, com baixo impacto, consistindo num meio de locomoção seguro (MORRIS & HARDMAN, citado por DUARTE & NAHAS, 1998). Às vezes, o FE pode estar experimentando um sintoma “cronificado de acatisia”, onde freqüentemente pode apresentar um comportamento inquieto, um anseio irresistível de mover várias partes do corpo. Isto se parece com um aumento na atividade motora. A forma mais comum envolve andar a esmo e uma incapacidade para sentar-se quieto. Este efeito colateral dos medicamentos, com frequência é extremamente aflitivo para o FE e é uma causa comum da falta de adesão ao tratamento com antipsicóticos e se persistir, pode causar disforia e possivelmente comportamento agressivo ou suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Para as outras modalidades, a frequência era 1 FE praticante para cada uma delas. Aqui, o número total de frequência, não foram os 19 praticantes, porque nem todos praticavam esportes ou exercícios físicos, alguns praticavam atividades laborais ou domésticas. E a inclusão da caminhada (que é um exercício físico) nesta questão referente ao tipo de atividade esportiva, se deveu ao fato dessa atividade ter sido repetida mais vezes (Figura 18).

Figura 18

Tipos de atividades esportivas praticadas pelo FE.



É indicado, de preferência, escolher a atividade física que atenda as necessidades atuais do indivíduo. Por isso, a importância dos profissionais da atividade física e da saúde, na orientação e supervisão dos exercícios selecionados. Um programa de atividade física confiável precisa ser justificado com argumentos e ações que promovam um retorno positivo, não imediato, mas de longo alcance (DUARTE & NAHAS, 1998).

Desde que haja um cuidado em relação à sobrecarga geral ou local e o tipo das atividades físicas, qualquer forma pode servir para qualquer pessoa. O corpo humano é sensivelmente adaptável às cargas de trabalho. Por isso, quando o exercício cessa, com a extinção das cargas, as mudanças ocorridas no corpo, também desaparecem. O que pode variar é o tempo, que pode oscilar entre horas ou até meses. Para a manutenção dos resultados obtidos, é necessário manter-se a intensidade do exercício, pelo menos no mesmo nível (DUARTE & NAHAS, 1998).

A intensidade dos exercícios físicos, praticado pelo FE, foi de leve à moderada (Tabela 5). Quanto à capacidade psicológica de bem estar relacionada à capacidade de realizar determinada tarefa, parece que a atividade física mais indicada para a saúde e bem estar e manutenção, num programa de exercícios são as atividades de intensidade moderada (FRUIN, PRATT & OWEN, 1991; BARANOWSKI, 1992; SALLIS, HASKELLI, FOTMANN, 1986; SALLIS & HOWELL, 1990; RABINOWITZ, MELAMED, WEISBERG, 1992; citados por BLASCO, 2000).

Tabela 5

Intensidade das atividades físicas

	Frequência	%
<i>Domésticas</i>		
Nenhuma	71	94,7
Leve	2	2,7
Moderada	1	1,3
Intensa	1	1,3
<i>Laborais</i>		
Nenhuma	71	94,7
Leve	1	1,3
Intensa	3	4
<i>Esportivas</i>		
Nenhuma	73	97,3
Leve	1	1,3
Moderada	1	1,3
<i>Exercícios Físicos</i>		
Nenhuma	66	88
Leve	4	5,3
Moderada	4	5,3
Intensa	1	1,3
<i>Outras Atividades Físicas</i>		
Nenhuma	75	100

Outro aspecto importante sobre a intensidade dos exercícios, de acordo com Folkins & Sime et al., apud Becker Jr. (2000), são as sessões de exercícios aeróbicos, que ajudam a diminuir os níveis de ansiedade dos indivíduos. Para se conseguir um efeito tranqüilizante, o exercício deve ser rítmico, como acontece na caminhada ou corrida, e a duração deve manter-se entre 5 a 30 minutos, numa intensidade de 30% a 60% da intensidade máxima para cada indivíduo (DE VRIES, apud BECKER JR.,2000)

Quanto a duração da prática das atividades físicas do FE, dentre os poucos que se exercitavam, o mínimo foi de 30 minutos com um máximo de 90 minutos (Tabela 6).

Tabela 6

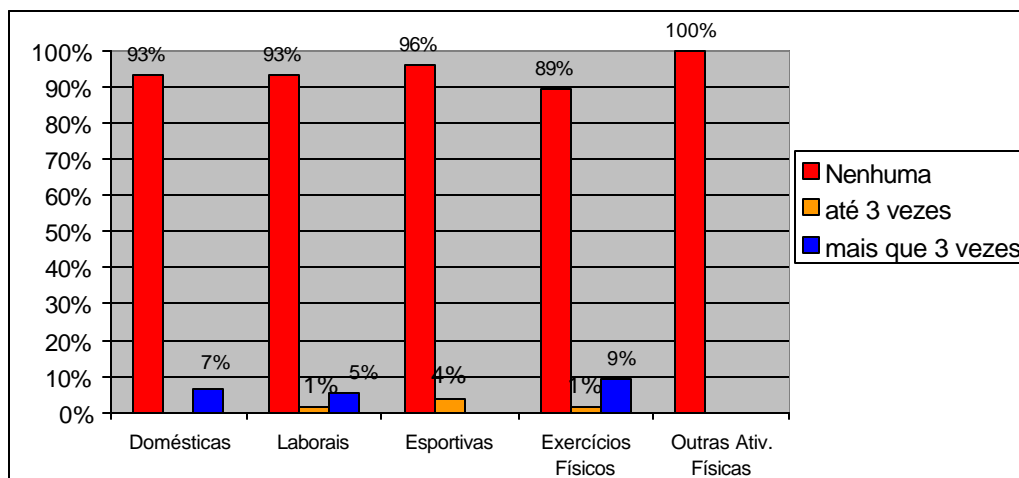
Duração das atividades em minuto/dia

	Frequência	%
<i>Domésticas</i>		
Nenhuma	70	93,3
Trinta a sessenta	1	1,3
Mais de Noventa	4	5,4
<i>Laborais</i>		
Nenhuma	70	93,3
Mais de Noventa	5	6,7
<i>Esportivas</i>		
Nenhuma	72	96,1
Até trinta	1	1,3
Sessenta a noventa	1	1,3
Mais de Noventa	1	1,3
<i>Exercícios Físicos</i>		
Nenhuma	66	88
Até trinta	3	4
Trinta a sessenta	3	4
Sessenta a noventa	3	4
<i>Outras Atividades Físicas</i>		
Nenhuma	75	100

A frequência das atividades físicas, para a maioria dos FE que praticava atividade física, se dava todos os dias da semana (Figura 19). Estudos mais atuais, indicaram que o ideal é exercitar-se de 5 a 6 vezes por semana, e que no mínimo 3 vezes por semana, para produzir efeitos significativos na promoção da saúde, independentemente do nível de aptidão física que o indivíduo apresente (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1991).

Figura 19

Frequência das atividades físicas praticadas pelo FE.



Normalmente o FE praticava essas atividades sozinho ou na companhia de pessoas estranhas, com uma frequência menor com a família e amigos de convívio constante (Tabela 7).

Tabela 7

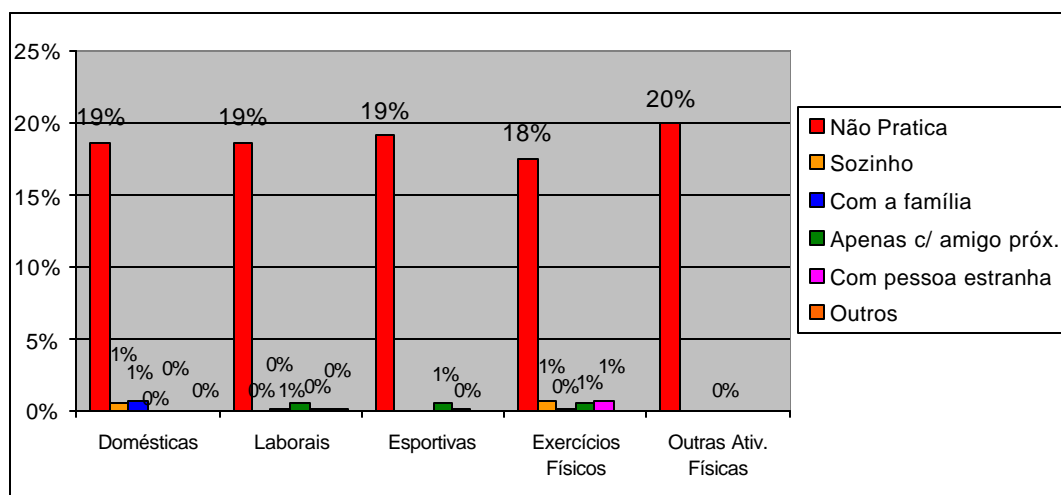
Com quem o FE praticava atividade

	Frequência	%
<i>Domésticas</i>		
Não pratica	70	93,3
Sozinho	2	2,7
Com a família	3	4
<i>Laborais</i>		
Não pratica	70	93,3
Com a família	1	1,3
Apenas com amigo próximo	2	2,7
Com pessoa estranha	1	1,3
Outros	1	1,3
<i>Esportivas</i>		
Não pratica	72	96
Apenas com amigo próximo	2	2,7
Com pessoa estranha	1	1,3
<i>Exercícios Físicos</i>		
Não pratica	66	88
Sozinho	3	4
Com a família	1	1,3
Apenas com amigo próximo	2	2,7
Com pessoa estranha	3	4

Conforme demonstra a Figura 20, aparecem as atividades físicas e com quem o FE as praticava, ou seja, mais com os outros ou pessoas estranhas.

Figura 20

A prática de atividade física do FE e com quem praticava.



O local escolhido para essa prática eram a rua ou academias, geralmente com boas condições de infra-estrutura (Tabela 8)

Tabela 8

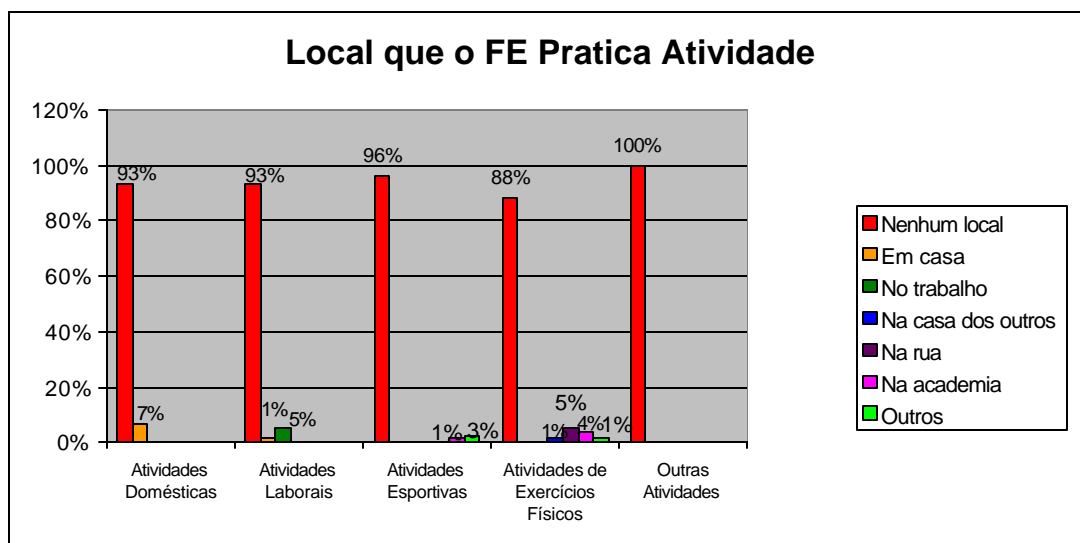
Local que o FE praticava atividades

	Frequência	%
<i>Domésticas</i>		
Nenhum local	70	93,3
Em casa	5	6,7
<i>Laborais</i>		
Nenhum Local	70	93,3
Em casa	1	1,3
No trabalho	4	5,3
<i>Esportivas</i>		
Nenhum local	72	96
Na academia	1	1,3
Outros	2	2,7
<i>Exercícios Físicos</i>		
Nenhum local	66	88
Na casa dos outros	1	1,3
Na rua	4	5,3
Na academia	3	4
Outros	1	1,3
<i>Outras Atividades Físicas</i>		
Nenhum local	75	100

Na Figura 21, as atividades físicas aparecem representadas na forma de gráfico para uma melhor visualização das atividades físicas nos seus respectivos locais.

Figura 21

Locais de prática de atividade física do FE



Com relação ao período do dia que o FE praticava essas atividades físicas, o período mais utilizado na maioria das atividades físicas foi o período combinado matutino e vespertino (tabela 9).

Tabela 9

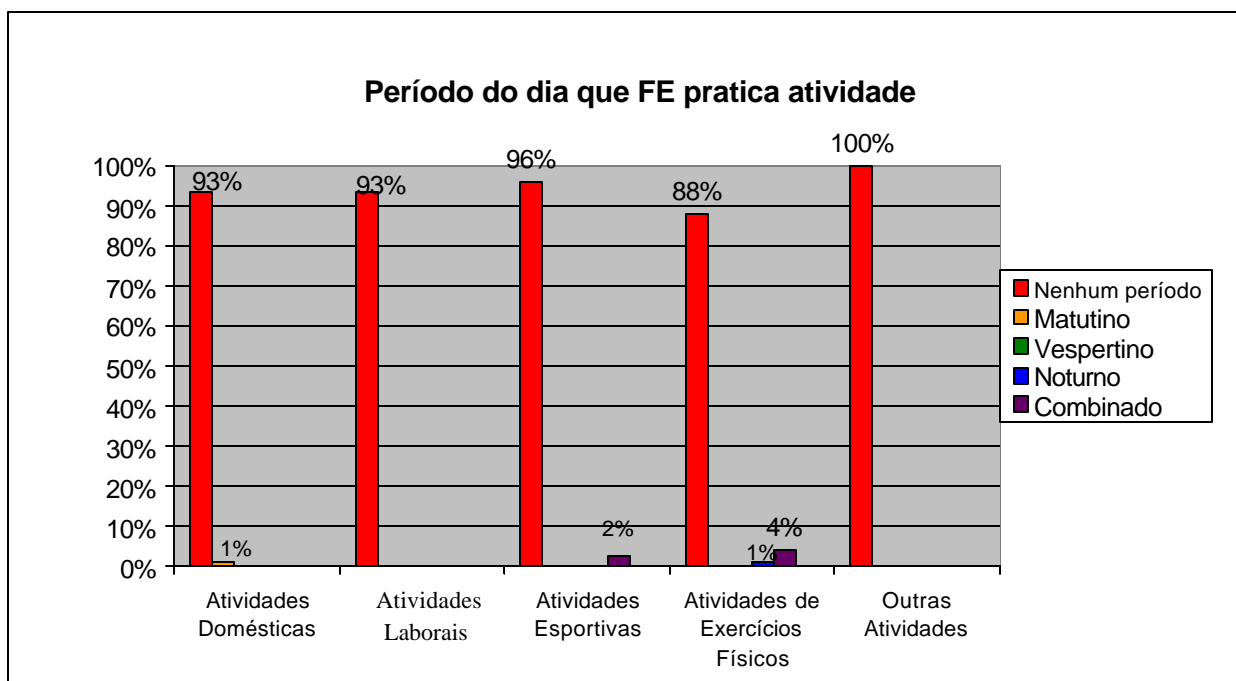
Períodos do dia que o FÉ praticava atividade

	Frequência	%
<i>Domésticas:</i>		
Nenhum período	70	93,3
Matutino	1	1,3
Combinado	4	5,4
<i>Laborais:</i>		
Nenhum período	70	93,3
Noturno	1	1,3
Combinado	4	5,4
<i>Esportivas:</i>		
Nenhum período	72	96
Vespertino	1	1,3
Combinado	2	2,7
<i>Exercícios Físicos</i>		
Nenhum período	66	88
Matutino	3	4
Vespertino	2	2,7
Noturno	1	1,3
Combinado	3	4
<i>Outras Atividades Físicas</i>		
Nenhum período	75	100

Segundo as famílias, o FE não tinha bem ao certo um horário definido, por isso as vezes o FE praticava atividade física uma hora de manhã outra hora à tarde. Dependia do momento que ele se encontrava, pois não gostava muito de horários rígidos, atestam as famílias (Figura 22).

Figura 22

Os períodos do dia e a prática de atividade física do FE



Quanto às condições de infra-estrutura encontradas pelos FEs para a prática de atividades físicas, as famílias relataram que, em geral, as condições eram boas (Tabela 10).

Tabela 10

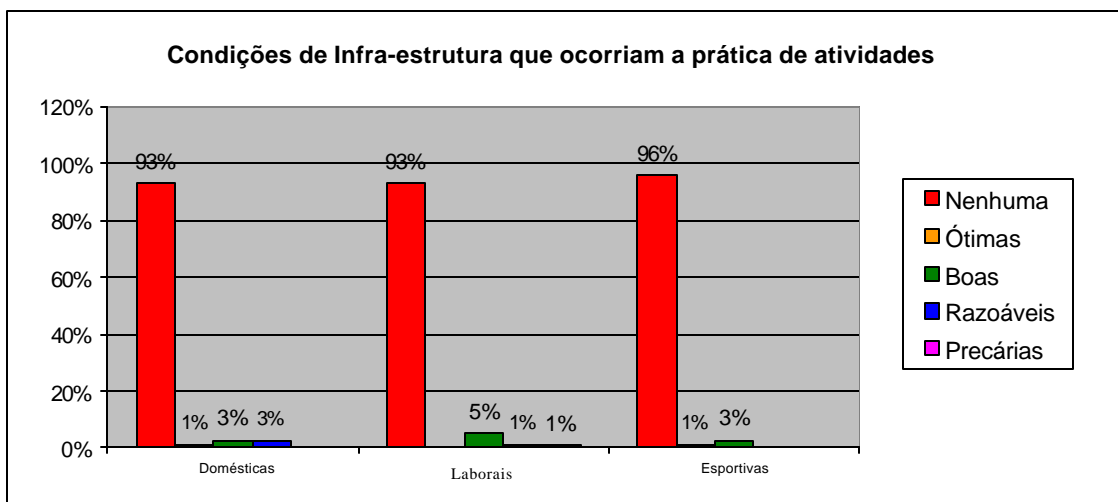
Condições de infra-estrutura que ocorriam a prática de atividades

	Frequência	%
<i>Domésticas</i>		
Nenhuma	70	93,3
Ótimas	1	1,3
Boas	2	2,7
Razoáveis	2	2,7
<i>Laborais</i>		
Nenhuma	70	93,3
Boas	3	4,1
Razoáveis	1	1,3
Precárias	1	1,3
<i>Esportivas</i>		
Nenhuma	72	96
Ótimas	1	1,3
Boas	2	2,7

Conforme é demonstrado na Figura 23, tanto para as atividades laborais, quanto para as atividades domésticas e esportivas, as condições de infraestrutura eram consideradas boas.

Figura 23

Condições de infra-estrutura que ocorriam a prática de atividades domésticas, laborais e esportivas.

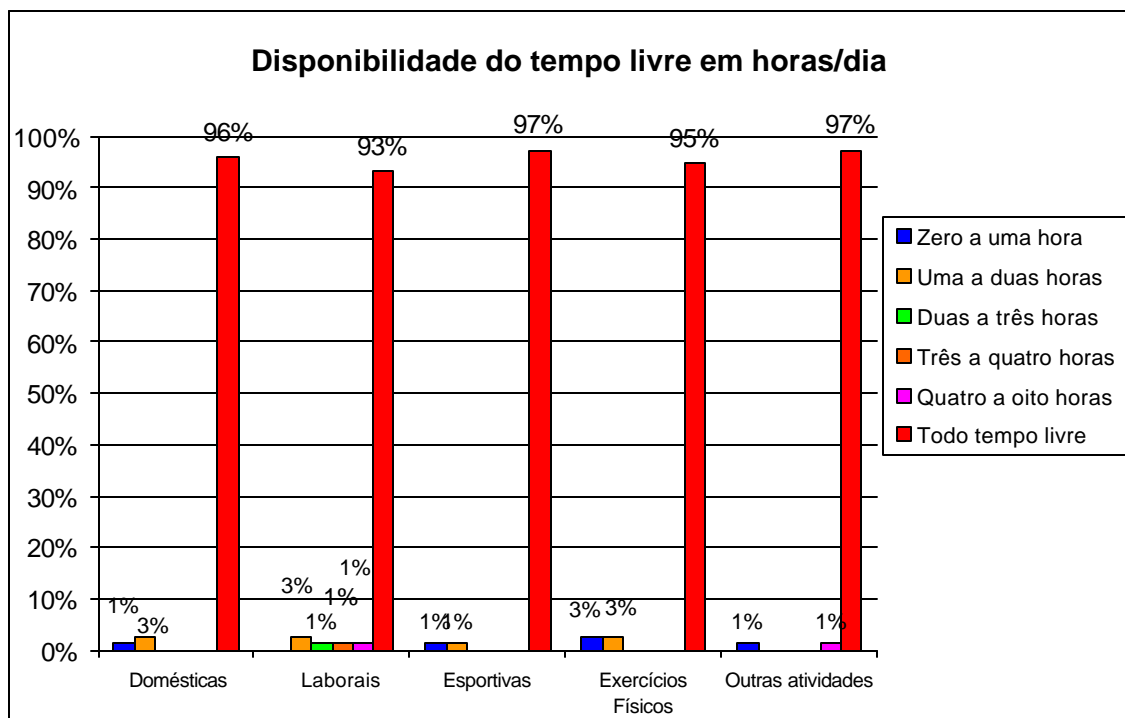


4.6. Disponibilidade de tempo livre do FE para a prática de atividade física

Quando foi questionado sobre, quanto tempo livre dispunha o FE para atividade física, a quase totalidade respondeu que o FE possuía o tempo todo livre para praticar atividade física. Este tempo livre referia-se ao tempo distribuído entre os diferentes segmentos que compõem a prática de atividade física, tais como: atividades domésticas; atividades laborais; esportes; exercícios físicos e outras atividades de acordo com a (Figura 24).

Figura 24

Disponibilidade do tempo livre em horas/livre do FE



Embora sobrasse tempo para a prática de atividade física, poucos FEs utilizavam-no de forma efetiva. Essa era a grande queixa da maior parte dos familiares. Muitos não entendiam porquê o FE vinha paulatinamente abandonando as atividades físicas, que num passado recente exercia. A disponibilidade do tempo livre que o FE possuía para a prática da atividade física está demonstrada na Tabela 11.

Tabela 11

Disponibilidade de tempo livre que o FE dispunha para a prática de atividade física

	17 a 31 anos		32 a 46 anos		47 a 66 anos		X ²	P
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%		
<i>Disponibilidade de tempo livre em horas/dia para atividades domésticas</i>								
0 a 1 hora	0	0	1	1,3	0	1,3	5,24	0,26
1 a 2 horas	0	0	2	2,7	0	2,7		
Todo tempo livre	32	42,7	25	33,3	15	96		
<i>Disponibilidade de tempo livre em horas/dia para atividades Laborais</i>								
1 a 2 horas	0	0	2	2,7	0	0	7,84	0,44
2 a 3 horas	0	0	1	1,3	0	0		
3 a 4 horas	1	1,3	0	0	0	0		
4 a 8 horas	1	1,3	0	0	0	0		
Todo tempo livre	30	40	25	33,3	15	20		
<i>Disponibilidade de tempo livre em horas/dia para atividades Esportivas</i>								
0 a 1 hora	0	0	1	1,3	0	0	3,44	0,48
1 a 2 horas	0	0	1	1,3	0	0		
Todo tempo livre	32	42,7	26	34,7	15	20		
<i>Disponibilidade de tempo livre em horas/dia para atividades de Exercícios Físicos</i>								
0 a 1 hora	0	0	1	1,3	1	1,3	2,37	0,66
1 a 2 horas	1	1,3	1	1,3	0	0		
Todo tempo livre	31	41,3	26	34,7	14	18,7		
<i>Disponibilidade de tempo livre em horas/dia para outras atividades</i>								
0 a 1 hora	0	0	1	1,3	0	0	3,44	0,48
1 a 2 horas	0	0	1	1,3	0	0		
Todo tempo livre	32	42,7	26	34,7	15	20		

Não verificou-se associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre a faixa etária dos FEs e a disponibilidade de tempo para a prática de atividades domésticas ($\chi^2=5,246$; $p=0,263$), atividades laborais ($\chi^2=7,844$; $p=0,449$), atividades esportivas ($\chi^2=3,449$; $p=0,486$) e atividades na forma de exercícios físicos ($\chi^2=2,379$; $p=0,666$).

Ocupação do Tempo Livre

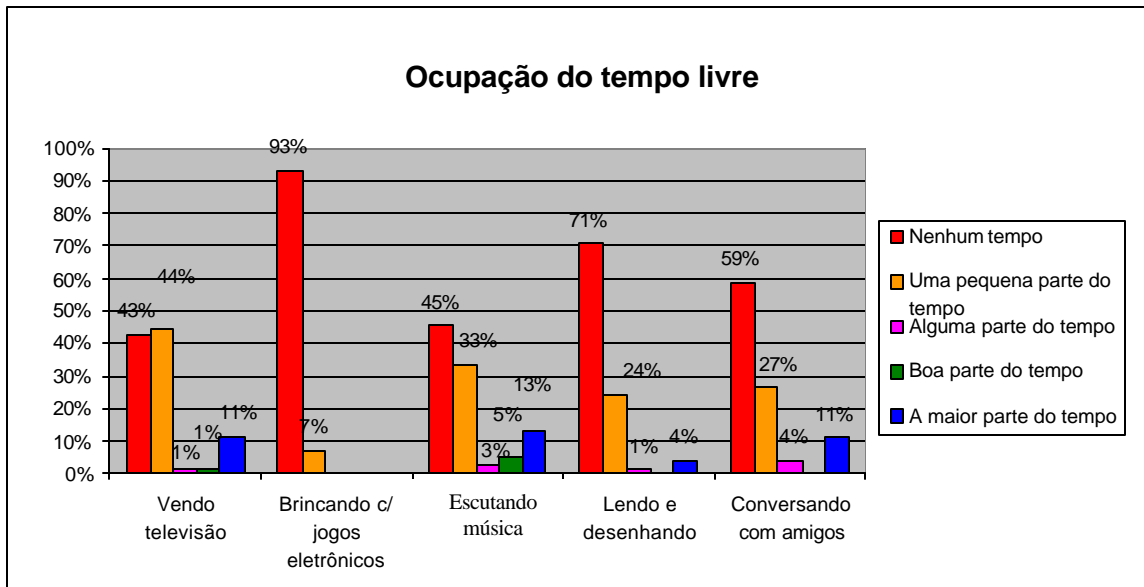
Diante do fato de que, quase a totalidade dos FEs, segundo a percepção dos familiares, tinha o tempo todo livre, procurou-se investigar quanto tempo era gasto em atividades da vida diária (AVDs) e outras atividades. Essas atividades foram subdivididas em duas categorias: atividades físicas sedentárias e atividades físicas moderadas. Como atividades físicas sedentárias consideraram-se as

seguintes atividades: ver televisão; brincar com jogos eletrônicos; escutar música; ler ou desenhar; conviver e conversar com os amigos; passear com amigos e ou família; cuidar de animais domésticos; ir à igreja; permanecer deitado e ou dormir. Para as atividades físicas moderadas foram consideradas as atividades: executar pequenas tarefas domésticas; andar de bicicleta; sair sozinho sem destino. Para representar este tempo gasto nas diferentes atividades, tomou-se o cuidado, de não deixá-lo sob a forma numeral em horas/dia, para que não houvesse sobreposição de horas, extrapolando às 12 horas diárias. Por isso, optou-se pela nomenclatura mais apropriada, significando aproximadamente um determinado tempo em horas. Assim sendo, determinou-se que: nenhum tempo = nenhuma hora; uma pequena parte do tempo = mais ou menos até duas horas; alguma parte do tempo = mais ou menos três horas; boa parte do tempo = mais ou menos quatro horas; a maior parte do tempo = mais ou menos cinco horas; todo tempo = seis horas ou mais.

Os resultados obtidos, segundo a percepção dos Pais ou Responsáveis, foram: para a ocupação do tempo livre em horas/dia vendo televisão, observou-se que 33 FEs (44,0%), gastavam apenas uma pequena parte do tempo com esta atividade. Com relação às atividades citadas a seguir, todas elas têm em comum a maior percentagem de indivíduos que gastavam nenhum tempo com estes tipos de atividades. Brincar com jogos eletrônicos, 70 indivíduos (93,3%); escutar música, 34 indivíduos (45,3%); ler ou desenhar, 53 indivíduos (70,7%); conviver e conversar com amigos 32 indivíduos (42%), e 44 indivíduos (58,7%); passear com amigos e ou família, 51 indivíduos (68,0%); cuidar de animais domésticos, 54 indivíduos (72,0%); executar tarefas domésticas, 41 indivíduos (54,7%); andar de bicicleta, 64 indivíduos (85,3%); sair sozinho sem destino, 50 indivíduos (66,7%), ir à igreja, 48 indivíduos (64,0%), (Figura 25).

Figura 25

Atividades físicas sedentárias .



A atividade de permanecer deitado e ou dormir, ficou evidenciado que 25 pessoas (33,3%) não gastavam tempo algum com esta atividade. E as outras 25 pessoas gastavam a maior parte do tempo com esta mesma atividade (33,3%). Na Tabela 12 são apresentados os resultados gerais da ocupação do tempo livre do FE.

Tabela 12

Ocupação do tempo livre do FE

	Vendo Televisão	Brincando com Jogos Eletrônicos	Escutando Música	Lendo ou Desenhando	Conversando com Amigos	Permanecer deitado e ou dormir
Nenhum tempo	32	70	34	53	44	25
Uma pequena parte do tempo	33	5	25	18	20	16
Alguma parte do tempo	1	0	2	1	3	9
Boa parte do tempo	1	0	4	0	0	0
A maior parte do tempo	8	0	10	3	8	25
	Passear com amigos e ou Família	Cuidar de Animais domésticos	Executar tarefas domésticas	Andar de bicicleta	Sair sozinho sem destino	Ir a igreja
Nenhum tempo	51	54	41	64	50	48
Uma pequena parte do tempo	17	20	30	10	8	23
Alguma parte do tempo	4	1	1	0	4	3
Boa parte do tempo	0	0	0	0	2	0
A maior parte do tempo	3		3	1	11	1

Referente à ocupação do tempo livre, foi verificado que a grande maioria não ocupa o tempo disponível com Atividade Física, ou seja, não faz praticamente nada o tempo todo, e as duas únicas atividades referenciadas, ver televisão e permanecer deitado e ou dormir, são classificadas como atividades sedentárias. Esses resultados revelaram o auto grau de inatividade que se encontravam os FEs. Neste estudo pode-se constatar que não houve relação entre a faixa etária em que o FE se encontrava e a ocupação do seu tempo livre assistindo TV ($\chi^2=9,215$; $p=0,325$), de acordo com a Tabela 13.

Tabela 13

Ocupação do tempo livre assistindo televisão

	17 a 31 anos		32 a 46 anos		47 a 66 anos		X²	p
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%		
<i>Tempo livre: Televisão</i>								
Nenhum tempo	11	14,7	12	16	9	12	9,21	0,32
Pequena parte	17	22,7	12	16	4	5,3		
Alguma parte	0	0	0	0	1	1,3		
Boa parte do tempo	0	0	1	1,3	0	0		
Maior parte do tempo	4	5,3	3	4	1	1,3		

Também foi possível constatar, conforme assegura Endicott (1993), o impacto negativo e profundo provocado pela doença mental sobre as funções físicas (orgânicas), sociais e psíquicas. Estas perturbações podem aparecer em forma de inércia, negativismo ou isolamento social.

Os sintomas esquizofrênicos podem levar também, a uma alteração na qualidade global de certos aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, a falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social (CID-10, 1993).

4. 7. As estratégias utilizadas pelos pais ou responsáveis para a promoção da prática de atividade física.

Com relação à questão que indagava sobre: se alguém já havia falado para os PRs sobre a importância da atividade física para o FE ou outras pessoas, 61 PRs (81,3%), responderam que “sim”, revelando, que a maioria tinha conhecimento dos benefícios que a prática de atividade física podia proporcionar. E essa consciência se formou, na maior parte, conforme demonstra a Tabela 14; através de orientações de serviços especializados atuantes, como: os atendentes do CAPS, médicos e psicólogos, evidenciando que essas pessoas que prestam serviços na área de Saúde Mental em Blumenau, estão cumprindo seu papel, na medida do possível (Figura 26)

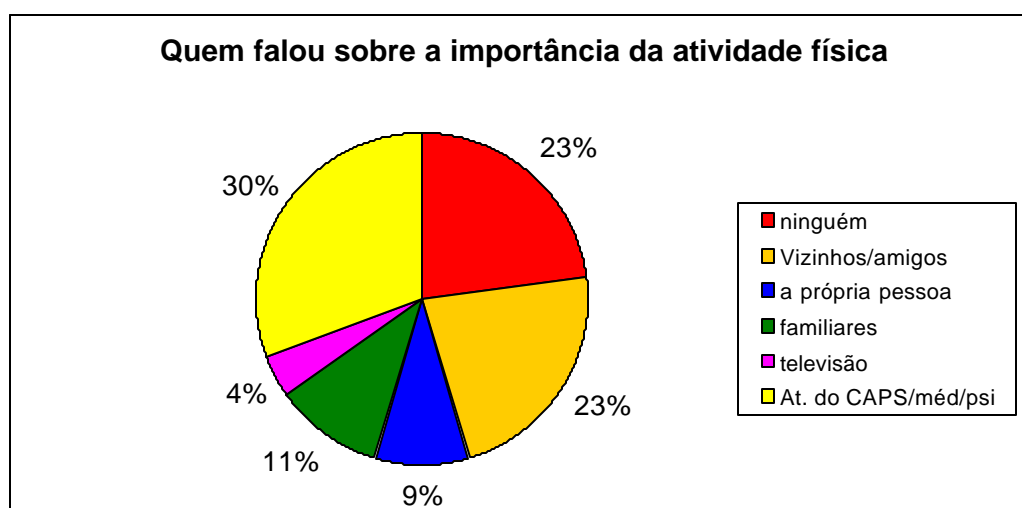
Tabela 14

Quem falou sobre a importância da atividade física

	Frequência	Percentual
Ninguém	17	22,7
os vizinhos, os amigos e outras pessoas	17	22,7
a própria pessoa é consciente da importância	7	9,3
os familiares	8	10,7
a televisão	3	4,0
os atendentes do CAPS, médicos e psicólogos	23	30,7

Figura 26

Quem falou sobre a importância da atividade física

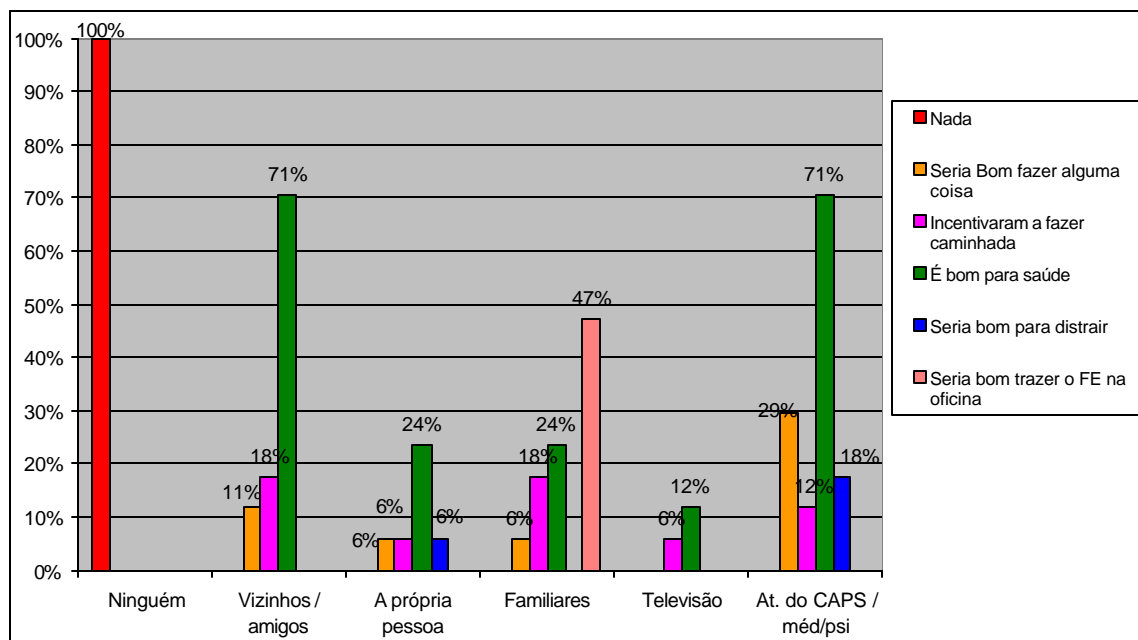


Embora sejam válidos os seus esforços, hoje, o que se pode observar nesta área em termos de atendimento Assistencial Público, é que, ainda há um descompasso entre o atendimento médico ambulatorial e a demanda de pacientes; entre as ações conjugadas no âmbito da Saúde Mental e as diversas necessidades de toda ordem, como: recursos materiais (falta de leitos hospitalares, medicamentos, instalações adequadas, etc), e recursos psicossociais, que devido à escassez, não favorecem o processo de continuidade das intervenções para uma reabilitação mais duradoura e auto-suficiente.

Em seguida, foi questionado em relação ao que citaram, sobre a importância da atividade física, e a maioria dos informantes revelou que eles ouviram que fazer atividade física era bom para a saúde (Figura 27).

Figura 27

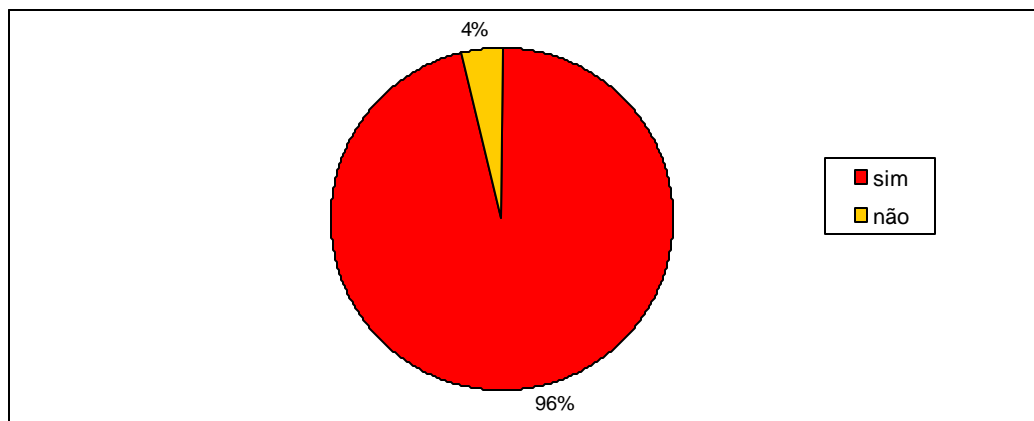
Quem falou e o que falou sobre a importância da atividade física.



Informados ou não da importância da atividade física, perguntou-se aos informantes se eles acreditavam que a prática de atividade física era importante para o FE: 72 (96%) informantes responderam que sim, sendo que, 3 (4%) pessoas manifestaram respostas negativas, duas pessoas alegavam que a atividade física causava ansiedade e nervosismo no FE e uma terceira, declarou-se evangélica, justificando que não dava importância a qualquer atividade física porque acreditava que o melhor caminho era freqüentar a igreja (Figura 28). Ainda referente à mesma questão, investigou-se o porque das respostas positivas dadas anteriormente, e a maioria respondeu: particularmente acreditavam que a prática de atividade física é importante porque melhora a saúde física e mental e dá mais energia.

Figura 28

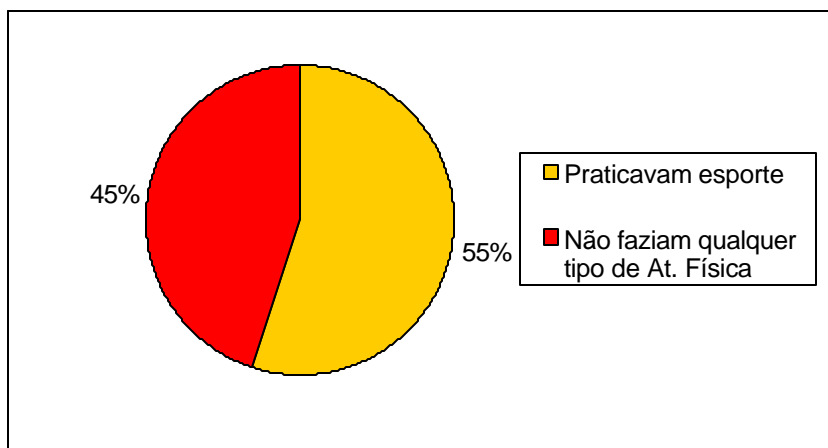
Percentual dos pais ou responsáveis que acreditavam ou não na importância da atividade física para o FE.



Com relação às ações efetuadas no passado referente à prática de atividade física, 55% praticavam esporte e 45% não faziam qualquer tipo de atividade física. Portanto, aproximadamente a metade dos indivíduos pesquisados tiveram um passado ativo (Figura 29). Não fosse a doença, provavelmente estariam até hoje praticando algum esporte. Prova disto, foi que a maioria de indivíduos, não se manteve até hoje praticando atividades físicas após apresentarem os sintomas da esquizofrenia.

Figura 29

Ações efetuadas no passado referente à prática de atividade física

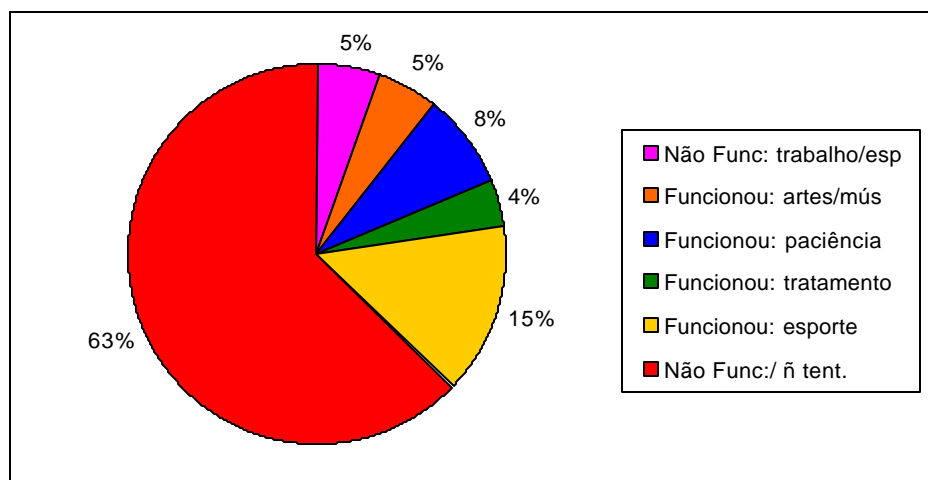


Quanto às estratégias que os Pais ou Responsáveis utilizavam atualmente para incentivar ou promover a prática da atividade física na vida do FE, 24 (32%) informantes afirmaram que usavam o diálogo para convencer os FEs a praticar atividade física; 20 (27,7%) informantes não faziam nada para que isto acontecesse e 19 (25,3%) informantes incentivavam os FEs a estudar, trabalhar e praticar esportes. Embora, cada família adotasse um tipo de estratégia diferente, quase todas manifestavam um descontentamento em relação aos seus esforços empreendidos e a resposta em termos de comportamento do FE. Aliás a justificativa mais comum entre aqueles informantes que não faziam nada para incentivar ou promover a prática da atividade física, era que não adiantava falar nada ou fazer alguma coisa, pois o FE não queria saber de nada, parece que perdeu o interesse pela vida.

Já que mesmo com incentivo, os FEs pareciam que não se motivavam a fazer atividade física, procurou-se saber se havia alguma estratégia que funcionou ou não até o momento para mudar esta situação, ou seja, fazer com que os FEs praticassem atividade física. Infelizmente, 47 informantes (62,7%) destacaram que nada funcionou e/ou nada foi tentado para incentivar a prática de atividade física (Figura 30). Somente 11 informantes (14,7%) declararam ter conseguido envolver o FE em um jogo de futebol, uma caminhada ou outro esporte.

Figura 30

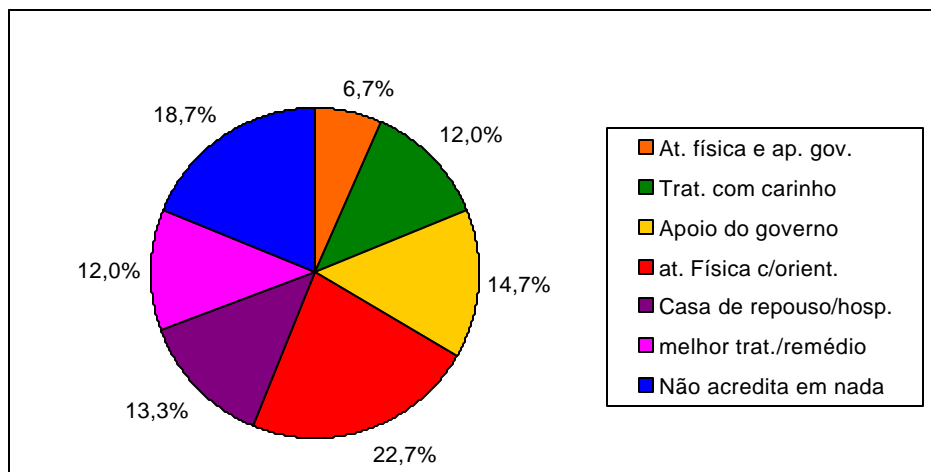
Estratégias que funcionaram ou não até o momento.



Finalmente, entre outras situações, para verificar o nível de motivação e necessidade dos informantes e FEs, foi questionado o que se pretendia fazer ou acreditava-se que poderia ser feito para desenvolver a prática de atividade física do FE: 17 informantes (22,7%) gostariam que o FE, de alguma forma, praticasse atividade física sistematizada com orientação especializada; 14 informantes (18,7%), citaram que não acreditavam em mais nada e não sabiam o que fazer, demonstrando um esgotamento físico e psicológico juntamente com uma desesperança, o que parece ser, perfeitamente compreensivo. Muitas vezes as pessoas têm uma carga tão grande para suportar, ou já tentaram quase de tudo para mudar uma situação que as incomoda, que acabam desistindo da luta. Às vezes, não intencionalmente, mas porque simplesmente lhes falta a força e com isso vão ficando cada vez mais enfraquecidas (Figura 31).

Figura 31

O que os Pais ou Responsáveis pretendiam fazer ou acreditavam que poderia ser feito para desenvolver a prática de atividade física do FE



4.8. Análise do ambiente percebido e descrição da conduta da família diante do FE.

Essa análise, poderia iniciar com o relato da primeira mãe entrevistada, que com seu filho esquizofrênico de 40 anos de idade, (andarilho), em muitos dias da sua vida, passava as madrugadas, vigiando alguém, que nem porta tinha em seu quarto, e saía e chegava sempre de repente, tão tempestivo. Realmente, essa mãe tinha muita coisa para contar, e este contato pessoal, acabou se alongando por mais de uma hora, tempo mais que o suficiente para encerrar a entrevista. Por mais que naquele momento, se buscasse a neutralidade, procurando registrar objetivamente os fatos, foi difícil não se sensibilizar, diante de uma história como aquela, tão rica de experiências, marcadas pela coragem e luta pela sobrevivência.

Portanto, mesmo ciente do caráter impessoal dos relatórios de pesquisa que o método científico exige, alguns aspectos e considerações subjetivas sobre as vivências envolvendo os FEs, podem ser apresentados

Estas observações foram decorrentes do convívio de aproximadamente três meses, com os familiares dos FEs, no CAPS ou nas suas próprias residências.

Segundo alguns estudos, algumas famílias que não têm muito conhecimento a respeito da doença “esquizofrenia”, podem ser extremamente críticas ou superprotetoras com o FE. E as atitudes derivadas da falta de conhecimento em relação aos sintomas de déficits, podem levar as famílias a confundir estes sintomas da doença, com a preguiça ou malandragem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Entre outras percepções, a impressão deixada após cada fala, cada depoimento e expressão manifestada pelos familiares das pessoas com esquizofrenia, revelou o estágio em que cada família se encontrava, ao se deparar com a doença.

Conforme citou a antropóloga Scheper-Hughes (1987), “A loucura afeta não só o indivíduo doente, como toda a família, assim como a rede de relações sociais”.

Os sintomas da doença produzem e reproduzem distorções nas relações humanas, tanto que após um longo período de tempo lidando com a psicose, as pessoas mais próximas, ligadas ao problema acabam se modificando radicalmente. A experiência da doença transforma os relacionamentos assim como os padrões culturais e ambientais. Felizmente, através deste turbilhão de experiências culturais e ambientais, é possível vislumbrar algumas linhas de ação em alguns contextos sociais, aonde a pessoa vai aprendendo a perceber e proceder numa situação que foge ao controle, ou ainda, consegue reagir antes que a recaída aconteça.

Outro aspecto interessante, que os resultados objetivos não mostraram, foi o posicionamento assumido pelas famílias dos indivíduos com esquizofrenia. Notou-se, que na grande maioria das vezes, é a família que provê a estrutura de apoio mais importante para o manejo das doenças mentais mais graves, como a esquizofrenia.

É comum, dentro do contexto familiar, a esquizofrenia ser identificada como um problema. A partir daí, ela é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde disponíveis. Tudo isto envolve: procurar, avaliar, encaminhar o familiar ao médico, ao hospital, conduzir as negociações entre o profissional que prescreve o tratamento e o FE que muitas vezes não aceita passivamente, enfrentar episódios de crises agudas, decidir até quando é possível o manejo em casa, quando buscar ajuda emergencial e, principalmente, elaborar e redimensionar as expectativas em relação ao cotidiano e o futuro do FE.

Nem todos os familiares possuem condições emocionais e econômicas para conduzir satisfatoriamente este tipo de situação que envolve a convivência com a doença. No entanto, de alguma forma, eles elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e desenvolvem estratégias de enfrentar a doença, seja baseado em alguma crença, apoio de parentes ou amigos e tratamentos alternativos.

Altas taxas de mortalidade são encontradas entre os familiares esquizofrênicos, comparando-se às taxas da população em geral, principalmente por suicídio. Aproximadamente vinte vezes mais que as observadas na população geral (BLACK et al., 1985; MORTENSEN & JUEL, 1993; NEWMAN & BLAND,

1991). Antigamente isto ocorria devido às condições precárias e o estado de abandono que se encontravam os asilos. Hoje, parece dever-se mais ao processo de transferência do cuidado para a comunidade, onde muitos familiares esquizofrênicos, não encontram as condições adequadas como habitação, renda e cuidados à saúde, estando mais vulneráveis ao abuso de substâncias.

É um fato alertante, a quase totalidade das pessoas pesquisadas, embora, já tenham tido conhecimento sobre os benefícios da atividade física e acreditam que faz bem para a saúde, mesmo assim, permaneçam passivas, não exigindo, nem reivindicando os seus direitos de cidadãos que pagam seus impostos. Poderiam encaminhar algum instrumento, ou utilizar-se de algum mecanismo, dentro da legalidade, solicitando mais condições referentes ao espaço que se ocupa, aos serviços especializados, enfim uma assistência mais digna e humanitária, ampliando as oportunidades no âmbito da Saúde Mental. Cabe a cada segmento da sociedade, um maior empenho, uma união de esforços em prol dessa causa, criando campanhas e programas de apoio em cada comunidade. Abrindo novas frentes de trabalho e novos acessos, como a oportunização de programas específicos de atividade física para os doentes mentais, inclusive com a utilização de estagiários das Universidades, prestando um serviço totalmente gratuito.

Segundo os estudos de Eaton et al., (1988), existe uma incompatibilidade no processo evolucionário da sociedade industrial moderna e a herança fisiológica do ser humano. Menciona, que os primeiros humanos caçavam, caminhando ou correndo; portanto, praticavam atividade aeróbica regularmente. Também sofriam, constantemente situações de estresses agudos, onde precisavam “lutar ou fugir”, dependendo disso para sobreviver. Com a transformação das sociedades agrícolas, para sociedades industriais, as gerações de seres humanos foram se adaptando com um ritmo de vida intenso, porém mais previsível.

A partir da era Industrial Moderna, há mais de 200 anos, as atividades aeróbicas tiveram um decréscimo acentuado, enquanto o estresse continuou numa escalada crescente, trazendo à tona toda a força das respostas fisiológicas primitivas. Com isso, o sistema orgânico humano, começou a acumular tensão, elevar a pressão arterial, a frequência cardíaca e a ansiedade. O resultado desse processo, pode ser percebido hoje, nas manifestações de fobias ou ataques de

pânico, ou ainda, nos diversos tipos de violências exercidas pelo homem moderno.

Parece que muitas famílias ainda, em pleno século XXI, passam por situações sub humanas. Por isso, faz-se necessário o relato de alguns casos, que chamaram a atenção e marcaram profundamente as vidas dos envolvidos. Em primeiro lugar, pode-se constatar dois casos de dois familiares esquizofrênicos, que vivem sob o mesmo teto e cuidados. Em seguida, um caso crítico, de uma mãe esquizofrênica com onze filhos. E por último, uma senhora esquizofrênica que havia desaparecido de casa, há mais de 5 dias.

Primeiro Caso

Trata-se de uma mãe que possui dois filhos homens (um de 21 anos e outro de 36 anos de idade), com diagnóstico de esquizofrenia. A mãe, uma senhora com mais de sessenta anos de idade, tinha uma expressão de sofrimento estampada no rosto, mas ao mesmo tempo, esboçava um olhar de guerreira. Pela maneira como respondeu as questões da entrevista, demonstrava um aguçado senso crítico, nem parecia aquela simples senhora, semi-analfabeta, moradora de uma casa paupérrima, dependurada num barranco de um bairro longínquo da cidade. Era uma casa de três cômodos: cozinha, dois quartos com banheiro fora e com pouca mobília e recursos materiais.

A mãe tinha acabado de buscar o filho mais novo no hospital psiquiátrico, pois este, havia ganhado alta. O outro filho estava na rua, não parava em casa, só chegava à noite, reclamava a mãe.

Ela queixava-se do abandono dos governantes. Dizia que já havia recorrido à vários órgãos de assistência social e públicos de saúde e não tinha conseguido nenhum tipo de ajuda, a não ser os remédios, que de vez em quando também faltavam no “Postinho de Saúde”.

Em dado momento da conversa, a mãe passou a se emocionar muito, exaltando-se com seu próprio depoimento e teve que ser interrompida momentaneamente para ser acalmada.

Ao final da entrevista, implorou com lágrimas comoventes, providências no sentido de ajudá-la no tratamento dos seus dois filhos esquizofrênicos.

Afirmou que o governo não faz nada para coibir o uso de drogas, e o seu filho mais velho além do problema mental, vive cercado desse mal, e confessava ser incapaz de impedir este tipo de investida. Qualquer ajuda, frisava aquela senhora, faria a diferença entre a vida e a morte.

Segundo Caso

Diz respeito a um homem esquizofrênico, morador dos fundos da casa do irmão e cunhada. Os parentes revelaram que há poucos anos atrás, o FE se mostrava tão agressivo e violento que precisava ser amarrado com correntes. Até que um dia, fugiu de casa e foi parar em São Paulo.

Quando voltou para casa, retornou casado com uma mulher também esquizofrênica. A família do rapaz, tentou exaustivamente um contato com a família da moça. Mas a família dela, não assumiu o problema e foi para um lugar bem longe, com o objetivo de se livrar da moça.

Como a situação exigia medidas urgentes, a família do rapaz acolheu os dois jovens e passou a ajudá-los, na medida do possível, pois se tratava de uma família com poucos recursos materiais e financeiros.

A cunhada conta, que se não era a casa, quase sempre preste a pegar fogo, pois a moça era muito incapaz, e esquecia as vezes o gás aberto, era o cunhado em um dos seus acessos, espancando a mulher.

Realmente o casal parecia, dois indivíduos debilitados, em pele e osso, vítimas de uma doença devastadora, onde os maus tratos e o desleixo com suas aparências, causavam piedade.

A família argumentava que tentava aproximar-se do casal para prestar auxílio, mas também era recebida com agressões, onde, muitas vezes, se via obrigada a chamar a polícia para socorrer-se.

Era um caso difícil e também desassistido pelos órgãos competentes, revelava a cunhada.

Terceiro Caso

Quando procurou-se pelo endereço da mulher com esquizofrenia, numa rua sem calçamento e estreita, afastada da via principal, era perguntado para as pessoas que se encontravam pela rua, onde ficava aquele endereço sem número.

Pela descrição das pessoas, acreditou-se não se tratar da mesma pessoa, pois eles referiam-se à mulher como: “aquela, que têm uma criançada?”. Mais à frente, recebeu-se a informação que o endereço era ali, na casa que pegou fogo pela explosão de um botijão de gás. Os vestígios do incêndio ainda eram bem visíveis. As pessoas que estavam nas proximidades, relataram que a família tinha se mudado para um outro endereço, e com mais algumas informações foi possível achá-lo.

Ao chegar ao novo endereço, deparou-se com uma família imensa jantando, numa casa de pouquíssimos recursos. Eram ao todo: a mulher esquizofrênica, o marido e 11 filhos. A faixa etária das crianças, variava de 1 mês aos 19 anos de idade. Todos os filhos, com seus nomes iniciando com a letra J. Eram crianças com aparências desnutridas e mal cuidadas. Ainda, quando o marido era entrevistado, uma das crianças, entre as mais pequenas, acabava de se engasgar com um pé de galinha com unha e tudo, que estava no feijão. O marido explicou, que quem cozinhava na sua casa, era a sua mulher esquizofrênica.

Ele trabalhava como vigia noturno, pois não confiava em deixar as crianças com a mãe durante o dia. O neném de 1 mês, estava deitado no meio de umas espumas no chão em um dos cômodos da casa, aparentando pouca higiene, com o corpinho e as unhas muito sujos.

A mãe esquizofrênica mostrou-se incomodada com a presença de pessoa estranha na sua casa. Parecia pensar que o marido estava falando mal dela para os outros. Então ela começou a xingar e demonstrar raiva, onde foi repreendida pelo marido e voltou a se acalmar.

Perguntou-se ao marido, se a família tinha algum tipo de assistência e ele respondeu, que uma vez por mês, era visitado por uma assistente social, onde recebia algumas orientações para enfrentar os problemas. Mas afirmou, que não tinha recebido nenhum tipo de ajuda financeira ou outro recurso material, fato que o preocupava bastante, já que se queixava de não dar conta de cuidar da subsistência de toda família.

Aproveitando a oportunidade do diálogo, o marido foi aconselhado a buscar orientação profissional com relação ao controle de natalidade, educação e saúde das crianças.

O homem ficou agradecido, pela conversa e quando eram feitas as despedidas, duas crianças (uma de 2 anos e outra de 6 anos de idade), correram para a porta de saída, pedindo para que as levassem também embora.

Quarto Caso

Após a chegada em uma casa, num bairro distante da cidade, em meio à entrevista com a nora de uma senhora de mais de 60 anos de idade, que possui esquizofrenia, em dado momento, foi questionada a presença da familiar esquizofrênica. Surpreendentemente, percebeu-se que a nora declarou que não sabia do paradeiro da sogra. E friamente completou: “já faz uns 5 dias que ninguém têm notícias dela”. E ainda, quando quis se saber mais detalhes sobre o ocorrido, a nora disparou: “Assim é bom mesmo, pelo menos não incomoda mais, onde se viu entrar na casa dos outros e sair de madrugada deixando tudo aberto?”

O descaso, em relação a aquela vida da senhora com esquizofrenia era tão grande, que causou indignação e ao mesmo tempo, urgia por medidas imediatas. Chegando-se ao CAPS, naquele mesmo dia, pediu-se providências em relação às atitudes e conduta daquela família. Felizmente, dias depois, soube-se que encontraram aquela senhora esquizofrênica, dentro de um buraco, de onde não tinha forças para sair, e imediatamente a encaminharam ao hospital, onde recebeu os cuidados, ficando internada.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados e de acordo com as questões que orientam este estudo, pode-se concluir que:

a) Quanto às características sócio-demográficas dos respondentes (informantes – Pais ou Responsáveis)

A pessoa que passava o maior tempo dedicando sua atenção e cuidados ao FE, foi a mãe, seguida dos parentes próximos. Este achado, parece reforçar o fato, de que, em termos de duração e manutenção de vínculos com uma pessoa que apresenta uma doença de caráter incapacitante e de evolução crônica como a esquizofrenia, somente alguém como a mãe, poderia com sua forte ligação afetiva, se submeter a um tipo de vida como o imposto numa situação como esta .

Quanto ao grau de instrução referente aos Pais ou Responsável, o nível mais encontrado foi o Ensino Fundamental incompleto (57,3%). Talvez neste caso, entre outros fatores, isto seja devido à população estudada à qual 81,4% pertenciam às classes sociais de níveis C (37,4%) e D (44,0%), demonstrando o alto grau de carência de todo tipo de recursos, relegando o nível instrucional a um segundo plano.

Em relação à quantidade de horas que se ausentava a pessoa que cuidava ou acompanhava o dia a dia do FE, as mães (62,1%) foram as pessoas que menos se afastavam dos FEs, seguidas dos parentes próximos (52,0%).

b) Quanto às características sócio-demográficas dos familiares esquizofrênicos

A média de idade para o sexo masculino foi de 34,8 anos e para o sexo feminino foi de 37,1 anos, coincidindo com a realidade da macro-população descrita em outros estudos, onde a doença denominada esquizofrenia, manifestasse mais precocemente no sexo masculino. Mais da metade desses indivíduos eram solteiros (69,3%), e 68 de um total de 75 dos FEs (90,7%), não desempenhavam atividades profissionais. Com referência à moradia dos FEs, 82,7% moravam no mesmo endereço da pessoa responsável, (49,3% com os pais e 25,3% com os parentes próximos). Quanto ao grau de instrução do FE, 60,0% possuía o nível de Ensino Fundamental incompleto. Este fato, parece reforçar aquilo que as famílias destacavam: “apesar do FE ser inteligente, perde o interesse pelo estudo”. A maioria dos esquizofrênicos que fizeram parte deste estudo, interrompeu o curso normal da vida, geralmente a começar pelos estudos. Por isso, um número tão elevado de FEs com um nível de ensino incompleto.

c) Quanto à frequência anual de crises de esquizofrenia por faixa etária

O período de maior incidência de crises de esquizofrenia para o sexo masculino, ocorreu dos 22 aos 30 anos de idade, chegando a apresentar mais de doze crises por ano. Com relação ao sexo feminino, não houve grandes diferenças em relação ao sexo oposto, a não ser na faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade, onde ocorreu uma estabilização nas frequências de uma a cinco, e seis a doze crises por ano.

d) Quanto à prática de atividade física

Os valores percentuais de FEs que praticavam atividade física foram respectivamente 25,3%. Os resultados mostraram que do total da amostra pesquisada (75 indivíduos), somente 19 FEs faziam atividade física.

e) Quanto ao tipo de atividade física, intensidade, frequência e duração das atividades físicas praticadas pelos FEs

Dentre os que realizavam atividades físicas, a caminhada foi o tipo de atividade física mais praticada, citada pelos informantes (60,0%), com o grau de intensidade, de leve a moderado, com uma frequência quase diária e com uma duração de 30 a 90 minutos.

f) Como os FEs ocupam seu tempo livre

Detectou-se que os FEs não ocupavam seu tempo livre, com atividades como: jogar videogame, ler ou desenhar, entre outras atividades. Sobre o tempo gasto para ver televisão, verificou-se que 44,0% dos FEs, utilizavam apenas uma pequena parte do tempo com esta atividade, aproximadamente até um máximo de duas horas por dia. Para quase todas as outras atividades, a variável mais assinalada foi aquela que “não gastava nenhum tempo”. Verificou-se que os FEs permaneciam uma grande quantidade de tempo (ociosos assistindo TV, deitados ou dormindo), com atividades predominantemente sedentárias.

g) Como os pais ou responsáveis percebem a importância da atividade física para o FE

A maioria das pessoas (81,3%) estavam conscientes da importância da atividade física e acreditavam que atividade física faz bem para a saúde. Mesmo assim, somente 14,7% (11 pessoas) revelaram que conseguiram envolver o FE, em uma partida de futebol, ou uma caminhada ou ainda outro esporte qualquer. O restante das pessoas destacou que nada deu certo ou não tentaram incentivar o FE para a prática de atividade física. As opiniões foram bem variadas, mas de acordo com a maior frequência das respostas, 22,7% dos familiares desejavam que o FE tivesse oportunidade de praticar atividade física sistematizada com orientação profissional.

h) Qual a conduta assumida pela família diante dos FEs

Se não houver nenhuma mobilização no sentido de ampliar as condições da prática de atividade física para os doentes mentais, tanto dos órgãos governamentais quanto dos diversos segmentos da sociedade, a segunda maior frequência, 18,7% dos informantes, que revelaram não acreditar em mais nada, ou não sabem mais o que fazer para melhorar a qualidade de vida do FE, efetivamente poderá aumentar os números desta preocupante estatística, ou seja, muito mais pessoas perderão a esperança e poderão deixar de continuar lutando pelos seus FEs.

Procurou-se apresentar neste estudo, os resultados e a discussão das variáveis que foram mais significativas e que, provavelmente interferiram na vida, tanto do familiar esquizofrênico quanto da sua família como um todo. É inevitável a transformação dos relacionamentos, padrões culturais e ambientais, quando as famílias vivenciam a experiência do convívio diário com um familiar esquizofrênico. Em cada contexto social, de uma forma ou de outra, elas aprendem a perceber e proceder de maneira imediata, conforme a doença vai se manifestando. Umas famílias têm maior grau de dificuldades em relação às outras, mas mesmo assim o manejo com o familiar esquizofrênico, depende das suas decisões em relação ao tipo de encaminhamento referente ao tratamento que poderão proporcionar. Para isso, as famílias contam com o apoio de parentes, amigos ou algum tipo de tratamento alternativo.

Diante dos resultados obtidos e das limitações apresentadas neste estudo, recomenda-se:

a) Que sejam implantados programas de promoção da saúde, através do incremento e incentivo à prática de atividade física para os doentes mentais, com profissionais capacitados, que trabalhem tanto nas instituições, quanto junto à própria comunidade;

b) Que sejam criadas algumas políticas específicas para a área da saúde mental, garantindo a continuidade do acesso público e irrestrito aos programas implantados referentes à atividade física;

c) Estudos similares, em outras esferas da sociedade, com aprofundamento dos dados coletados, e novas formulações do problema;

d) Realizar estudos semelhantes em outras cidades, para comparar com os resultados obtidos em Blumenau e contribuir para a formação de indicadores a nível Nacional;

e) Incluir nas próximas pesquisas relacionadas à saúde mental, outras variáveis, como por exemplo: outros hábitos da vida diária, período de descanso ou sono, dependência química ou uso de cigarros, grau de obesidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N. W. (1986). **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Afleck J.W., Burns J., Forrest A. D. (1976). **Long-term follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh**. Acta Psychiatr Scand 53: 227 – 237.

Alves D.S.N., Seidl E.M.F., Schechtman A., Silva R.C. (1992). **Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 41: 423 – 426.

American College of Sports Medicine. (1991). **Guidelines for exercise testing and prescription**. 4ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger.

American Psychiatric Association. **Diretrizes no tratamento da esquizofrenia / American Psychiatric Association**; trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Andreasen D. (1982). **Negative as positive schizophrenia**. Archives of General Psychiatry 339: 789-794

ANEP – Associação Nacional de Empresa de Pesquisa (1997). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo. www.anep.org.br/cceb.zip Acesso em 12/08/2002.

Bateson, G.; Jackson, D. & Haley, J. (1956). Toward a Theory of schizophrenia. **Behaviour Science**. 1.

Becker Júnior, B. (2000). **Manual de Psicologia do Esporte e exercício**. Porto Alegre: Nova aprova.

Belcher, T. L. (1988). Behavioral reduction of overt hallucinatory behavior in a chronic schizophrenic. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric**. 19, p. 69-70.

- Berger, B. G. (1989) The role of physical activity in the life quality of older adults. In: **W. W. Spirduso, H. M. Eckert. Psysical activity end aging. American Academy of Psysical Education Papers.** Kansas City: Human Kinetics Books.
- Biehl, H., Maurer K., Schubart C., Krumm B., Jung E. (1986). **Prediction of outcome and utilization of medical services in a prospective study of first onset schizophrenics.** *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 236: 139 – 147.
- Black, D.W., Warrack G., Winokur G. (1985). **Excess mortality among psychiatric patients.** *The Iowa Record – Linkage Study – Jama* 253: 58 – 61.
- Blasco, T. (2000). **Actividad física y salud.** Barcelona: Martinez Roca.
- Bouchard, C. & Shepard, R. J. (1994). **Physical activity, fitness, and health international procedings and consensus statement.** Toronto: Human Kinetics.
- Brannon, L. & Feist, J. (1992). **Health psychology, an introduction to behavior and health.** Wadsworth: Belmont.
- Brenner, HD., Deneker SJ., Goldstein MJ., Hubbard JW., Keegan DL., Kruger G., Kulhane KF., Liberman RP., Nalm V., Midha KK: **Defining treatment refractoriness in schizopherenia.** *Schizophr Bull* 1990; 16:551-561 [F]
- Brown, G. M.; Monck, E. M.; Carstairs, G. M. & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. **British Journal Preventive and Social Medicine.** 16.
- Caspersen, C. J. Powell K.E J Christensen, G.M. (1985). Physical activity exercise, and physycal fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports.** 100, 2
- Chamove, A. S. (1986). Positive short-term effects of activity na behaviour in chronic schizophrenic patients. **British Journal of Clinical Psychology.** 25, p. 125-133.
- CID–10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (1993).** – Coord. Organização Mundial de Saúde; Trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas.

Clark, D. D. (1996). Age, socioeconomic status, and exercise self-efficacy. **The Gerontologist**. 36, 2.

Cooper, J.E., Goodhead D., Craig T., Harris M., Korner J. (1987). **The incidence of schizophrenia in Nottingham**. *Brit Psychiat* 151: 619 – 626.

De Jöng, A., Giel R., Slooff C.J., Wiersma D. (1985). **Social disability and outcome in schizophrenics patients**. *British Journal of Psychiatry* 147: 631 – 636.

Desjarlais, R., Eissenberg L., Good B., Kleinman A. (1995). **World mental health: problems and priorities in low-income countries**. Oxford University Press.

Dishman, R. K. (1995). Medical psychology in exercise and sport. **Medical clinics of north America**. 69, p. 123-143.

Done, D.J., Crow T.J., Johnstone E.C., Sacker A. (1994). **Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: Social adjustment at ages 7 and 11**. *British Medical Journal* 309: 699 – 703.

Duarte, M. F. & Nahas, M. V. (1998). **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. (tradução). Florianópolis: UFSC.

Duncan, B.B., Schmidt M.I., Achutti A.C., Polanczyk C.A., Benia L.R., Maia A.A. (1993). **Socioeconomic distribution of noncommunicable disease risk factors in urban Brazil: the case of Porto Alegre**. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 27: 337 – 349.

Eaton, S.B., M. Shostak, and M. Cannor. 1988. **The paleolithic prescription**. New York: Harper & Row.

Endicott, J. (1993). **Quality of life enjoyment and satisfactions** – questionnaire: a new Measure. *Psychopharmacol Bull*, nº 6, p.229-321.

Folkins, C. & Sime, W (1981). Physical fitness training and mental health. **American Psychologist**. 4, 36.

Garrison, V. (1978). **Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city**. *Schizophrenia Bulletin* 4(4): 561 – 596.

Gauderer, E. C. (1995). **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** 5ª ed., Rio de Janeiro: Record.

Gureje, O. (1991). **Gender and schizophrenia: Age at onset and sociodemographic attributes** Acta Psychiatr Scand 83: 402 – 405.

Hafner, H., Riecher A., Maurer K., Löffler W., Munk-Jorgensen P., Strömberg E. (1989). **How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia?** Psychol Med 19: 903 – 918.

Hafner, H., Riecher A., Maurer X., Löffler W, Munk – Jorgense P, Strömberg E (1989). **How does gender influence age at first hospitalization for Schizophrenia?** Psycho Med 19:903-918.

Hogarty, G.E., Kornblith S.J., Greenwald D., Dickey A.L., Cooley S., Flesher S., Reiss D., Carter M, Ulrich R. (1995). **Personal therapy: A disorder-relevant Psychotherapy for schizophrenia.** Schizophrenia Bulletin 21(3): 379 – 393.

Huber, G., Gross G., Schüttler R. (1975). **A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis.** Acta Psychiatrica Scandinavica 52: 49 – 57.

Jablensky, A., Schwarz R., Tomov T (1980). **WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: Objectives and methods.** Acta Psychiatr Scand 62 (suppl. 285): 152 – 163.

Kaplan, H. & Sadock & Grebb (1997). **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

Laing, R. D. & Esterson, A. (1964). **Sanity, madness and the family.** Londres: Tavistock.

Laing, R. D. (1979). **Sanidade, loucura e a família.** Belo Horizonte: Interlivros.

Lakatos, E. M. (1983). **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos à pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e relatórios científicos.** São Paulo: Atlas.

Louzã Neto, M. R. (1996). **Convivendo com a esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares.** 3ª ed., São Paulo: Lemos.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). **Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marlatt, G. A. (1993). **Prevenção de Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Martinson, E.W., A. Hoffart and O. Solberg (1989). **Comparing aerobic and non-aerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial**. Compr Psychiatry 30: 324 – 31.

Mc Hugh, P. (1988). **As perspectivas da psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mcauley, E. & Rudolf, D. (1995). Physical activity, aging, and psychological well-being. **Journal of aging and physical activity**. 3, 67.

Mcauley, E. (1994). Physical activity and psychosocial autcomes. In C. Bouchard; R. Shedhard. & T. Stephens, (org.) **Physical activity, fitness and health**. Champaign: Human Kinetics Publishers.

Miles, A. (1982). **O doente mental na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Morgan, W & O'Connor, P. (1988). Exercise and mental health. In: Dishman, R. **Exercise adherence. Its impact on public health**. Champaign: Human kinetics Books.

Morgan, W. P. & Goldston, S. (1985). **Exercise and mental health**. New York: Herris Phere.

Morgan, W.P. (1994). **Physical activity, fitness and depression**. In **Physical activity, fitness, and health**, ed. Bouchard, R.J. Shephard, and T. Stephens, 851 – 67. Champaign IL: Human Kinetics.

Morgan, W.P. and S.E. Goldston, eds. (1987). **Exercise and mental health**. Washington, DC: Hemisphere.

Mortensen, P.B., Juel K. (1993). **Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients**. British Journal of Psychiatry 163: 183 – 189.

Nahas, M. V. (2001). **Atividade física, saúde e qualidade de vida – conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf.

- Newman, S.C., Bland R.C. (1991). **Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study.** Canadian Journal of Psychiatry 36: 239 – 245.
- Nieman, D. C. (1993). Como controlar as tensões da vida moderna. **Vida e Saúde.** p. 4-9.
- Osis, M.J., Hardy E., Faundes A., Alves G. (1993). **Factors associated with prenatal care among low income women in the State of São Paulo, Brazil.** Revista de Saúde Pública 27: 49 – 53.
- Paffenbarger, R. S. Jr. I. M. Lee, and R. Leung (1994). **Physical activity and personal characteristics associated with depressions and suicide in Americal college men.** Acta Psychiat Scand (Suppl. 377): 16 – 22.
- Pakaslaht, A. (1992). **Prediction of working disability in schizophrenia. Helsinki, Publications of the Social Insurance Institution, Finland, ML: 119.**
- Pantelis, C., Curson, D. (1994). **The assessment of social behavior. In the assessment of psychoses.** A practical handbook (Barnes, Nelson He, eds.), Chapman and Hall Medical, London, pp. 135 – 153.
- Plante, T. G. & Rodins, I. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. **Current psychology: Research and Reviews.** 9, p. 03-24.
- Razzouk, D. F. Shirakawa, I (2001). **O Desafio da Esquizofrenia.** Editores: Itiro Shirakawa, Ana Cristina / Chaves, Jair J. Mari. São Paulo: Lemos Editorial.
- Ribeiro, P. R. M. (1996). **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação.** São Paulo: EPU.
- Ribeiro, P. R. M. (1999). Da psiquiatria à saúde mental: as renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 48, 4.
- Roeder, M. A. & Pinheiro, C. (2000). Atividade ao ar livre no tratamento dos transtornos mentais. **Anais do III Simpósio de Produção e Veiculação do Conhecimento em Educação Física.** Florianópolis: CDS-UFSC.
- Roeder, M. A. (1999). Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** 4(2), p. 63.

Rutter, M. & Brown, G. W. (1996). The reliability and reality of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. **Social Psychiatry**. 1

Salokangas, R. (1983). **Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients**. Br J Psychiatry 142: 145 – 151.

Seeman, M.V. (1982). **Gender differences in schizophrenia**. Can J Psychiatry 27: 107 – 112.

Seeman, M. V. (1988). The family and schizophrenia. Human Med 4: 96 – 101.

Sharkey, B.J. (1998). **Condicionamento físico e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sheper-Hugues N. (1987). **“Mental” in “Soothie”: individual, family, and community responses to psychois in South Bostor**. Culture, medicine and psychiatry 11:53-78.

Sime, W. E. (1990). Discussion: exercise, fitness and mental health. A consensus of current knowledge. **Human Kinetics Publishers**. Champaign.

Szasz, T. S. (1978). **A fabricação da loucura – um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar.

Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. **British Journal of Psychiatric**. 129.

Watt, D.C., Szulecka, T.K. (1979). **The effect of sex, marriage and age at first admission on the hospitalization of schizophrenics during 2 years following discharge**. Psychol Med 9: 529 – 539.

Wattie, B. J. S., Kedward, H.B. (1985). **Gender differences in living conditions found among male and female schizophrenic patients on a follow-up study**. Int J Soc Psychiatry 31: 205 – 216.

Weissman, M. (1975). **The assessment of social adjustment. A review of techniques**. Archives of General Psychiatry 32: 357 – 365.

World Health Organization (1988). **Psychiatric**. Disability Assessment Schedule (Who/Das). Who, Geneva.

ANEXOS

ANEXO 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES

1. Endereço: _____

2. Telefone: _____

3. Qual a sua relação com o FE?

☐ pai ☐ mãe ☐ filho(a) ☐ avô(ó) ☐ irmão(ã) ☐ tio(a) ☐ amigo(a) ☐ outro

4. Grau de Instrução:

<input type="checkbox"/> Analfabeto	Completo	Incompleto
Ensino Fundamental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ensino Médio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Especialização em nível de lato-senso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Especialização em nível de stricto-senso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Indique nos espaços abaixo a quantidade de itens que existem na residência da família, por exemplo: TV em cores ☐ 2 ☐ Banheiro ☐ 1 ☐

TV em cores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DVD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vídeo-cassete	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Freezer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Banheiro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Máquina de lavar louça	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Automóvel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rádio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geladeira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirador	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. Aproximadamente, quantas horas diárias você se ausenta de casa para trabalhar ou realizar outras atividades que implicam em afastamento do FE?

☐ Nenhuma ☐ 4 horas ou menos ☐ De 4 a 8 horas ☐ Mais de 8 horas

ANEXO 2: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR ESQUIZOFRÊNICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR ESQUIZOFRÊNICO

1. Sexo: _____ 2. Idade: _____ 3. Peso: _____

4. Estatura: _____ 5. Estado civil: _____

6. Possui filhos(as): ☐ Sim ☐ Não

7. Trabalha? ☐ Sim ☐ Não

8. Onde mora? _____

9. Com quem mora? _____

10. Grau de Instrução:

Analfabeto <input type="checkbox"/>	Completo	Incompleto
Ensino Fundamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialização em nível de lato-senso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialização em nível de stricto-senso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Frequência de crises de esquizofrenia (anualmente)

	Nenhuma	Uma a cinco	Seis a doze	Mais de doze
Dos treze aos dezessete anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos dezoito aos vinte e um anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos vinte e dois aos trinta anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos trinta e um aos quarenta anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos quarenta e um aos cinqüenta anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos cinqüenta e um aos sessenta e seis anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PAIS OU
RESPONSÁVEIS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

1. Qual a disponibilidade de tempo livre que o FE possui para a prática de atividade física? (Hora/dia)

- [] atividades domésticas [] esportes
 [] atividades laborais [] exercícios físicos
 [] outras

2. Em relação a ocupação do tempo livre, quantas horas diárias são gastas nas seguintes atividades?

Tempo/horas	Até 2 horas	3 horas	4 horas	5 horas	6 horas(ou mais)
Ver televisão	[]	[]	[]	[]	[]
Brincar com jogos/ eletrônicos	[]	[]	[]	[]	[]
Escutar música	[]	[]	[]	[]	[]
Ler ou desenhar	[]	[]	[]	[]	[]
Conviver e conversar/ com os amigos	[]	[]	[]	[]	[]
Passear com amigos e/ou família	[]	[]	[]	[]	[]
Executar pequenas/tarefas domésticas	[]	[]	[]	[]	[]
Cuidar de animais/domésticos	[]	[]	[]	[]	[]
Andar de bicicleta	[]	[]	[]	[]	[]
Sair sozinho sem destino	[]	[]	[]	[]	[]
Ir à igreja	[]	[]	[]	[]	[]
Permanecer deitado e ou/dormir	[]	[]	[]	[]	[]
Outras:_____	[]	[]	[]	[]	[]

3. O FE pratica atividade física (Atividade doméstica; Atividade laboral; Esporte; Exercício físico e ou outras) regularmente? (Obs: considera-se neste estudo como prática de atividade física regular aquela que é mantida por pelo menos uma vez por semana, e a sua redução para apenas um dia, justifica-se por tratar-se de uma clientela diferenciada)

[] sim [] não

Caso a resposta anterior seja “sim”, responda as próximas questões com a alternativa predominante.

4. Que tipo de atividade física o FE pratica regularmente? (Frequência semanal)

[] atividades domésticas [] esportes

[] atividades laborais [] exercícios físicos

[] outras: _____

Dentro das atividades citadas, que tipo(s) de atividade(s) esportivas são realizadas:

[]	futebol	[]	corrida
[]	natação	[]	ginástica
[]	voleibol	[]	caminhada
[]	basquetebol	[]	esporte de contato (luta)
[]	outras: _____		

Com referência a prática dessas atividades físicas:

a) Qual a intensidade das atividades citadas?

Intensidade	leve	moderada	intensa
Atividades domésticas	[]	[]	[]
Atividades laborais	[]	[]	[]
Esportes	[]	[]	[]
Exercícios físicos	[]	[]	[]
Outras: _____	[]	[]	[]

b) Qual é a duração das atividades citadas?(Por quanto tempo)

Duração min./dia	Até 30 min.	30 – 60 min.	60 – 90 min.	Mais de 90 min.
Atividades domésticas	[]	[]	[]	[]
Atividades laborais	[]	[]	[]	[]
Esportes	[]	[]	[]	[]
Exercícios físicos	[]	[]	[]	[]
Outras	[]	[]	[]	[]

c) Qual é a frequência semanal das atividades citadas?

Frequência/semana	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	6 vezes	7 vezes
Atividades domésticas	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Atividades laborais	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Esportes	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Exercícios físicos	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Outras:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

5. Com quem o FE pratica as atividades físicas?

a. Atividades domésticas

b. Atividades laborais

c. Esportes

d. Exercícios físicos

e. Outras: _____

[] sozinho

[] com a família

[] apenas com amigos de convívio constante

[] com pessoas estranhas

[] outros

6. Em que local o FE pratica essas atividades físicas?

(1) Atividades domésticas

(2) Atividades laborais

(3) Esportes

(4) Exercícios físicos

(5) Outras

[] em casa

[] na casa dos outros

[] na rua

[] na academia

[] no clube

[] no trabalho

[] outros

7. Em que período do dia, mais freqüentemente, ocorre a prática da atividade física?

(1) Atividades domésticas

(2) Atividades laborais

(3) Esportes

(4) Exercícios físicos

[] período matutino

[] período vespertino

[] período noturno

[] período combinado

8. Em que condições em termos de infra-estrutura, ocorre a prática de atividade física?

(1) Atividades domésticas

(2) Atividades laborais

(3) Esportes

(4) Exercícios Físicos

(5) Outras

[] ótimas [] boas [] razoáveis [] precárias

A questão número 9 deverá ser realizada, se a resposta da questão número 1, for negativa.

9. Na sua percepção por que o FE não pratica atividade física?

As questões seguintes deverão ser respondidas tanto pelo FE que pratica atividade física, como aquele que não pratica.

10. Alguém já lhe falou sobre a importância da atividade física para o FE e ou para as outras pessoas?

[] Sim [] Não Quem?

O que?

11. Você acredita que a prática de atividade física é importante para o FE? Por que?

[] Sim [] Não

Porquê:_____

12. Quais foram as ações efetuadas no passado, referentes a prática de atividade física? (Aproximadamente época ocorrida, intensidade e frequência)

13. Referente a questão anterior, na sua opinião, essas ações se mantiveram até hoje ou cessaram por algum motivo?

14. Quais são as estratégias utilizadas atualmente para incentivar ou promover a prática da atividade física na vida do FE?

15. Quais são as estratégias que funcionaram ou não, por um determinado tempo, ou funcionam até o momento? A que você atribui esses resultados?

16. O que você pretende fazer ou acredita que poderia ser feito para desenvolver a prática da atividade física na busca de uma melhor qualidade de vida para o FE?

ANEXO 4
**CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL, ABA/ANEPE-
ABIPEME**

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL, ABA/ANEPE-ABIPEME

PONTUAÇÃO PARA ESTIMAR O NÍVEL SOCIOECONÔMICO

1. Número de itens possuídos	Não tem	Tem			
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	() 0	() 2	() 3	() 4	() 5
Rádio	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4
Banheiro	() 0	() 2	() 3	() 4	() 4
Automóvel	() 0	() 2	() 4	() 5	() 5
Empregada mensalista	() 0	() 2	() 4	() 4	() 4
Aspirador de pó	() 0	() 1	() 1	() 1	() 1
Máquina de Lavar	() 0	() 1	() 1	() 1	() 1
Videocassete	() 0	() 2	() 2	() 2	() 2
Geladeira	() 0	() 2	() 2	() 2	() 2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	() 0	() 1	() 1	() 1	() 1

2. Grau de Instrução do chefe de família	Número de pontos	
Analfabeto / Primária incompleto < 4ª Série	()	0
Primário completo ou Ginásial incompleto (> 4ª e <8ª série)	()	1
Ginásial completo ou Colegial incompleto	()	2
Colegial completo ou universitário incompleto	()	3
Superior completo	()	5

Classe: A1 = 30 a 34 pontos

Classe: A2 = 25 a 29 pontos

Classe: B1 = 21 a 24 pontos

Classe: B1 = 17 a 20 pontos

Fonte: ANEP - 1997

Classe: C = 11 a 16 pontos

Classe: D = 6 a 10 pontos

Classe: E = 0 a 5 pontos

**ANEXO 5: AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DO SOM E IMAGEM DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA.**

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Desporto
Coordenação de Pós-Graduação
Educação Física Mestrado**

Florianópolis, 03 de outubro de 2002

Ilmo. Sr (a)

Participantes da pesquisa

Sou professora da Universidade Regional de Blumenau, atualmente realizando Pós-Graduação no Programa de Mestrado em Educação Física-Área Atividade Física e Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina.

Neste momento estou preparando a apresentação dos resultados da Dissertação intitulada: Atividade Física e Esquizofrenia: Percepção dos Pais ou Responsáveis.

Neste sentido solicitamos a V. Sra. permissão para divulgar som e imagem dos participantes.

Certos de contarmos com seu apoio, agradecemos a atenção dispensada.

Cordialmente,

Profº Dr Adair da Silva Lopes
Orientador

Profª Rosângela Sloboda
Mestranda – UFSC

**ANEXO 6: PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA COM SERES HUMANOS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO PROJETO Nº 157/2001

I – Identificação

Título do Projeto: Atividade Física e Esquizofrenia: Percepção dos Pais ou Responsáveis

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Adair da Silva Lopes

Instituição onde se realizará: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Blumenau

Data de apresentação ao CEP: 23/10/01

II – Objetivos

Investigar a prática da atividade física no cotidiano do familiar esquizofrênico, considerando a percepção dos pais ou responsáveis; caracterizar a esquizofrenia enquanto transtorno mental; verificar se o familiar esquizofrênico pratica ou não atividades físicas; se pratica, investigar o tipo, a quantidade e a forma que executa as atividades físicas; se não pratica, justificar este procedimento, segundo a percepção dos pais ou responsáveis e revelar as estratégias utilizadas por estes para incentivar ou promover a prática da atividade física.

III – Sumário do Projeto

O projeto, elaborado pela mestrandia Rosangela Sloboda, será realizado com os pais ou responsáveis por 75 pacientes esquizofrênicos de ambos os sexos, entre 16 e 66 anos de idade, cadastrados no CAPS no período compreendido entre janeiro de 2000 a agosto de 2001. Será empregado o método dialético com inferência indutiva da amostra para a população, considerando-se um nível de confiança de 95%, com erro amostral de 5%. Para cada paciente será destacada uma pessoa entre os pais ou responsáveis para responder as questões da entrevista, preferencialmente a que tiver maior tempo de convívio com o familiar esquizofrênico. Serão utilizados quatro instrumentos: ficha de identificação dos pais ou responsáveis; ficha de identificação do familiar esquizofrênico; roteiro de entrevista e gravados com fita de vídeo para registro

da entrevista. Os dados serão analisados através de distribuição em frequências e percentagens e de análise interpretativa qualitativa.

IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

O Projeto encontra-se bem elaborado e redigido, baseado em literatura pertinente, enfocando um tema de relevância e alcance social.

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares: É um Projeto relevante, bem estruturado e atende as resoluções pertinentes.

Parecer do CEP SH:

- (x) aprovado
- () reprovado
- () com pendência (detalhes pendência)*
- () retirado
- () aprovado e encaminhado ao CONEP

Justificativa: Tendo sido atendidas todas as pendências consideramos o Projeto aprovado.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 27/05/2002.

Florianópolis, 27/05/2002.

Profª Vera Lúcia Bosco
Coordenadora